

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mars 1896, à 1 heure

Par HENRI-ÉMILE RUELLE

Né à Paris, le 13 février 1864.

DE

L'ALBUMINURIE DANS LA GRIPPE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
ACHARD, THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

225

225

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547114_0076

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mars 1896, à 1 heure

Par HENRI-ÉMILE RUELLE

Né à Paris, le 13 février 1864.

DE

L'ALBUMINURIE DANS LA GRIPPE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
ACHARD, THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE,
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WÆTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR RUELLE
MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine

Que M. le professeur Dieulafoy reçoive un témoignage spécial de notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

M. le professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous a initié à l'étude si délicate des maladies infantiles, et nous avons trouvé près de son chef de clinique, M. le Dr Aviragnet, un enseignement dont nous avons pu apprécier la valeur dans la suite.

M. le professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, nous a enseigné le côté clinique de la chirurgie. Nous le remercions, ainsi que M. le Dr Brodier, son chef de clinique, d'avoir bien voulu, dans le courant de nos études, nous donner quelques marques particulières d'intérêt.

M. le Dr Rigal, professeur agrégé à la Faculté, nous a appris à l'hôpital Necker toute l'importance d'un diagnostic précoce.

M. le Dr Chauffard, professeur agrégé à la Faculté, nous a fait, à l'hôpital Laënnec, de bien doctes leçons sur la pathogénie et les indications thérapeutiques des affections hépatiques et biliaires.

M. le Dr Demoulin, chirurgien des hôpitaux, qui pendant son clinicat à l'Hôtel-Dieu, a largement contribué à notre éducation, en nous faisant examiner avec une rigoureuse méthode un nombre important de malades.

M. le D^r Bar, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, dont nous n'oublierons pas l'esprit de justice et de bienveillance, nous a appris quelques côtés ingénieux et pratiques des interventions obstétricales.

Rendons hommage à la mémoire de notre regretté maître, M. le D^r Juhel-Renoy, médecin de l'hôpital Cochin, qui nous a inspiré ce travail.

Nous remercions enfin nos amis les D^{rs} Mauclaire et Delbet, prosecteurs à la Faculté, qui dans les pavillons d'anatomie et de médecine opératoire ont été pour nous des guides précieux.

DE L'ALBUMINURIE

DANS LA GRIPPE

HISTORIQUE

La dernière épidémie de grippe qui a été si fatale pendant l'hiver 1889-1890, de même que la persistance de cette affection « grippe endémique » dans certaines régions (Tessier prétend qu'elle est permanente en Russie et spécialement à Moscou et à Saint-Pétersbourg), nous ont appris à connaître une série d'accidents et de complications passées sous silence ou à peine signalées jusqu'à ces dernières années.

Ainsi, les dictionnaires classiques et les nouveaux traités de médecine parlent peu ou point de l'albuminurie de la grippe; M. Widai (1) attire tout de même l'atten-

1. *Traité de Médecine par Bouchard et Charcot*. T. I, page 824.

tion sur la fréquence de l'albuminurie dans la grippe, « urines fréquemment albumineuses et presque toujours diminuées de volume, boueuses et fortement uratiques ».

Pourtant, la grippe par ses allures à pu, *a priori*, faire penser que les altérations rénales doivent exister aussi bien dans le cours ou à la suite de cette maladie comme pour les autres maladies infectieuses.

Certaines observations anciennes, sans préciser nettement le fait, ne paraissent pas être moins concluantes en faveur d'une complication rénale d'origine grippale.

Ainsi, en 1729, Lœw (1), paraît avoir eu des exemples sous ses yeux; car il attire l'attention sur « des malades qui avaient le visage bouffi et les yeux ternes. Les femmes enceintes avaient en outre des douleurs à la région lombaire, aux reins et au ventre. » Au point de vue du traitement, « on parvenait à porter à la peau la matière morbifique, au moyen des diaphorétiques tempérés et des absorbants, et l'on provoquait en même temps des émissions d'urine par les diurétiques ».

En 1732, il y avait des malades dont les urines étaient peu abondantes, fortement colorées et sans sédiments, et elles continuaient dans cet état quelque temps, même après que la fièvre était terminée (2).

En 1759, nous trouvons dans les actes de l'Académie de Stockholm (3), des faits qui constatent presque certainement des cas de néphrite concomitante ou consécutive à la grippe :

1. Lœw : *Ephem. nat. cur.*

2. Ozanam. *Medical essays of Edimbourg*, t. I, p. 136.

3. Ozanam, *loc. cit.*, p. 164.

« L'armée suédoise ayant pris ses quartiers d'hiver en 1759, beaucoup de soldats furent pris d'une fièvre catarrhale épidémique qui se terminait ordinairement par une crise imparfaite. Les pieds, les jambes et les cuisses se tuméfiaient et souvent il se déclarait une hydropisie. On essaya de combattre cette métastase de la matière morbide par l'usage des purgatifs, qui causaient une diarrhée aqueuse, sans soulager les malades.

Les diurétiques obtinrent plus de succès et surtout la lessive des cendres de genévrier ou de génêt. Les malades en buvaient par jour depuis une chopine jusqu'à une pinte et davantage. Dès lors, les urines étaient abondantes et l'enflure se dissipait. »

En 1837, les rapports de l'Académie de médecine constatent que cette épidémie est grave et émettent la conclusion que « les formes ophthalmique, néphritique, rhumatismale, hémorrhagique, typhoïde, ont été assez fréquentes dans la grippe des départements » (1).

En 1886, on cite un certain nombre d'observations avec albuminurie concomitante avec la grippe ; on trouve de ces exemples dans la thèse de Ménétrier (2).

La dernière épidémie nous a fait connaître un grand nombre de cas d'altérations rénales d'origine grippale.

Fiessinger, dans son *Mémoire sur la grippe infectieuse à Oyonnax* (3) est le premier qui ait attiré sérieusement l'attention sur les complications génito-urinaires

1. *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 195.

2. Ménétrier. *Grippe et pneumonie*. Th. Paris, 1886.

3. Fiessinger. *La grippe infectieuse à Oyonnax* (Ain). Paris, 1889.

de la grippe. Le premier, il constate et distingue la simple congestion rénale, la néphrite à type hémorragique et le mal de Bright aigu.

Le professeur Potain, dans une *Leçon sur la grippe* (1), attire l'attention sur le début possible d'une néphrite catarrhale par une hématurie.

En 1890, la néphrite grippale est complètement établie.

Budel (2), dans une revue d'ensemble, après avoir adopté et étudié la néphrite grippale et ses conséquences, discute ce point : à savoir, que les anciennes néphrites ne s'aggravent guère sous l'influence de la grippe, et il cite une observation à l'appui.

Duponchel (3) rapporte à la Société médicale des hôpitaux, un cas de grippe infectieuse avec autopsie : l'examen des reins indique les lésions de la néphrite interstielle.

Hæhling (4) rapporte cinq observations que nous citerons plus loin et émet la conclusion suivante : « Quoique les cinq cas que je rapporte ne prouvent pas que le germe de la grippe soit par lui-même la cause des complications rénales, pourtant je crois qu'ils démontrent qu'une attaque d'influenza amène souvent des complications rénales sérieuses et même fatales, qui, au premier abord, passent inaperçues ».

1. Potain. *Union médicale*, 21 décembre 1889.

2. Budd. *Ugeskr for Læger*, 4 R. XXI, 1890.

3. Duponchel. *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, n 2, p. 44, 1890.

4. Hæhling. *Med. Neus.* p. 45, 1890.

Leyden (1), dans sa communication à la Société de médecine de Berlin et dans ses publications, rapporte trois observations de néphrite grippale dont une suivie d'autopsie ; le premier, il montre l'identité de la néphrite suivie d'influenza et des autres néphrites infectieuses.

Sympson (2) relate une observation de néphrite grippale où le terrain se prêtait facilement à cette complication : « débilité et prédisposition héréditaire ».

Vignerot (3) cite deux cas de néphrite grippale ayant passé à l'état chronique, tous les deux suivis de mort.

Tuvache (4) fait sa thèse sur la néphrite grippale, sujet qu'il étudie à fond ; apporte à l'appui un grand nombre d'observations dont trois lui sont personnelles. Il étudie successivement l'albuminurie du début de la grippe, la néphrite vraie, la néphrite grippale, subaiguë ou chronique.

Diard (5) insiste sur la fréquence de l'albuminurie dans la grippe ; d'après lui, elle serait constante et existe dans toute grippe. Il insiste sur l'inutilité et même le danger de l'application des vésicatoires et la possibilité d'être utile à son malade par un traitement approprié et qui, dans le cas spécial, devra s'adresser au rein.

Lecorché et Talamon (6), en présence d'une malade en

1. *Leyden*. *Wien, med. Blatt.*, 16 janvier 1830. Soc. méd. de Berlin, séance 15 février 1830. Berlin. *Klin Woch.*, no 10, 1830.

2. *E. Mansel Sympson*. *The Lancet*, 10 mai 1830.

3. *Vignerot*. *Les néphrites infectieuses*. Th. Paris, 1890.

4. *Tuvache*. *La néphrite grippale*. Th. Paris, 1891.

5. *Diard*. *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 8 juin 1832.

6. *Lecorché et Talamon*. *Sur un cas d'albuminurie intermittente*. *Méd. moderne*, 8 septembre 1832.

convalescence de grippe et où rien ne pouvait expliquer l'état de faiblesse et d'anémie de la patiente, eurent l'idée d'examiner ses urines; la présence de l'albumine et l'amélioration de la malade sous l'influence d'un traitement approprié, vérifièrent le diagnostic de néphrite grippale qui fut posée. En plus, cette albuminurie était intermittente et augmentait ou diminuait selon le traitement employé.

Les auteurs qui rapportent cette observation attirent l'attention sur l'origine grippale possible de ces albuminuries intermittentes.

Le professeur *Teissier* (de Lyon), dans un ouvrage (1) sur la grippe insiste sur la fréquence de l'albuminurie du début de la grippe au moment de l'aené fébrile; il décrit une modalité spéciale « le type urémique » que nous étudierons plus loin; en collaboration avec Roux et Pittion (2) il indique un diplo-strepto-bacille, agent pathogène de la grippe et dont les cultures inoculées aux lapins réalisent une « grippe expérimentale » rappelant chez l'animal l'ensemble symptomatique de cette affection sur l'homme, et à l'autopsie de ces animaux la lésion la plus fréquente c'est la congestion œdémateuse du rein; ces questions seront traitées plus largement dans le courant de ce travail.

1. J. Teissier. *La grippe-influenza*. Paris, 1893.

2. Teissier, G. Roux et Pittion. *Sur une nouvelle diplobactérie pathogène retirée du sang et des urines des malades affectés de la grippe*. *Sem. médicale*, 1892, p. 120.

Nouvelles recherches bactér. et expér., relatives à la pathogénie de la grippe. *Arch. de méd. expér. et anal. path.*, juillet et sept., 1892.

La néphrite grippale est depuis longtemps connue en Russie et les médecins de ce pays regardent l'albuminurie de l'influenza comme très fréquente ; à citer surtout *Manasséïne, Socoloff, Hermann et Folekauer*.

Dans les annales des maladies des organes génito-urinaires nous trouvons une revue générale sur les complications génito-urinaires de la grippe par *M. Lamarque* (1) (Bordeaux).

Cette revue très intéressante rapporte brièvement tout ce qui a été relaté sur ces accidents depuis la dernière épidémie 1889-90.

Dans un mémoire publié par *Alison* (2) nous relevons une série d'observations où l'albuminurie a été constatée ; mais nous ne sommes nullement d'accord quand l'auteur prétend que ce n'est que dans les formes graves qu'on constate l'albuminurie. Pour cet auteur, c'est surtout l'urobilinurie (de même que pour MM. Hayem et Chappelle (3) qui est la caractéristique et la constante des urines chez les grippés.

Citons également les thèses de *Charpentier* (4) et de *Bonnelière* (5) où nous trouvons une série de cas avec

1. *Des complications génito-urinaires de la grippe*, par Henri Lamarque.

Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1894, p. 663.

2. *Sur les sympt. et complic. de la grippe*, par Alison. *Arch. gén., méd.*, 1890.

3. *Urologie de la grippe*, par Chappelle. *Lyon médical*, 1er juin 1890.

4. *De la grippe et de ses complications*, par Charpentier. Th. Paris, 1894.

5. *Grippe à déterminations multiples*, par Bonnelière. Th. Paris, 1894.

albuminurie au début ou consécutive à la grippe. Il en est de même des observations de M. Gingeot (2) et Hervouët (1).

Un grand nombre d'observations de ce genre se trouvent également consignées dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux de ces dernières années.

M. *Brault* (3) et M. *Caussade* (4) reconnaissent également que la grippe, comme les autres maladies infectieuses s'accompagne souvent d'altérations rénales.

De tous ces faits, il est facile à comprendre que certains auteurs ont eu la tendance à reconnaître l'existence d'une « forme rénale » de la grippe, tellement est fréquent l'accident « albuminurie ».

« Dans la fièvre typhoïde, en effet, on peut décrire plusieurs formes : cérébrale, abdominale, pneumonique, rénale, etc., assez différentes en apparence, mais dont la cause première est toujours le bacille et ses produits de sécrétion. Il est vraisemblable que ces diverses formes dans la grippe comme dans la fièvre typhoïde, tiennent aux résistances différentes des divers organes chez des sujets différents » (Nothnagel) (5).

1. Gingeot. *Grippe maligne et à déterminations morbides multiples*. Journ. des Praticiens, p. 85.

2. *Déterminations rénales de l'influenza*, par Hervouët. Soc. méd., de Nantes, 1894.

3. Chapitre glomérulo-néphrite passagère du *Traité de médecine*, t. V.

4. Même chapitre du *Manuel de médecine* de MM. Debove et Achard, t. VI.

5. Nothnagel. Communication sur la grippe à la Société impéριο-royale des médecins de Vienne (3 janvier 1890).

DIVISION DU SUJET

Tout d'abord, nous essaierons de montrer que la grippe est une maladie essentiellement infectieuse, et comme telle, elle suffit à expliquer la néphrite concomitante et consécutive.

Dans une deuxième série d'observations, nous verrons que cette néphrite peut devenir subaiguë ou même chronique.

Jusqu'à ce moment, nous aurions montré l'influence de la grippe sur des reins sains ; mais il peut arriver que ces organes soient déjà malades antérieurement. Que se passe-t-il dans ces conditions ?

La fin de notre travail comprendra un chapitre de symptomatologie, diagnostic et pronostic.

*LA GRIPPE EST UNE MALADIE INFECTIEUSE.
NÉPHRITE AIGUE CONCOMITANTE*

« La grippe est une maladie infectieuse et j'ajouterai même une pyrexie spécifique », telle est la définition de M. Teissier dans ses *Leçons sur la grippe*.

Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour considérer la grippe comme une maladie infectieuse et capable, par conséquent, de retentir sur les différents organes de l'économie comme les autres affections analogues.

Les allures du début de l'évolution de la maladie suffisent à prouver en partie son caractère infectieux : invasion brusque, frissons du début, haute température et évolution spéciale, les phénomènes nerveux très accentués avec abattement extrême.

Le retentissement fréquent sur les appareils respiratoire et cardio-vasculaire et les localisations tardives sur les différents organes sont là pour témoigner d'une infection générale de l'économie, et en cela l'influenza se comporte comme nombre de maladies nettement infectieuses : la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pneumonie infectieuse, etc.

Depuis quelques années le cadre de nos connaissances, relativement aux accidents de la grippe, s'est considérablement élargi et on a pu voir que cette affection possède la faculté d'atteindre tout organe ou tout système, rien ne lui résistant.

Le système nerveux est ordinairement atteint : et à part les troubles nerveux inhérents à la grippe, on a signalé des accidents du côté du système nerveux central ou périphérique.

Du côté de l'encéphale on a signalé des troubles psychiques (Joffroy); on a signalé en outre des cas de pseudo-méningite suivis de guérison (Gaucher et Sevestre).

Comme phénomènes bulbaires : l'angor pectoris (Peter), le pouls lent, les vertiges, syncopes, etc.

Des cas de paralysies passagères ou des paralysies vésicales d'ordre médullaire.

Du côté du système périphérique à citer des névralgies se terminant souvent par des atrophies musculaires, névralgies qui sont plus probablement des névrites.

La grippe a suscité, chez certains individus, des réveils de névrose. Elle s'est montrée, comme d'autres infections, agent provocateur de l'hystérie (Grasset). A noter les cas relativement nombreux de neurasthénie persistant plusieurs mois après la guérison (Bloch).

L'appareil respiratoire est l'un des premiers pris ; on signale partout les coryzas, laryngites, les trachéites, la bronchite, les pneumonies à caractère infectieux, la congestion pulmonaire, etc.

Du côté de *l'appareil digestif* on a insisté surtout sur

les inflammations de la cavité buccale et du pharynx (Hugenschmidt) sur les gingivites simples ou ulcéro-membraneuses.

On a signalé des pharyngites érythémateuses, ayant tout l'aspect des angines scarlatineuses (Cartaf).

L'appareil cardio-vasculaire est presque constamment touché; on a noté les endo-péricardites et même des myocardites grippales.

L'aortite et la phlébite (Ferrand) ont été également signalées.

Dans certains cas, c'est surtout le caractère congestif qui domine avec tendance à l'hémorrhagie : épistaxis, hémoptysies, hémorrhagies intestinales, etc.

Au cours de la dernière épidémie grippale on a décrit un grand nombre de troubles portant sur les *organes des sens* : les complications auriculaires ont été extrêmement fréquentes, et il s'agissait le plus souvent d'otite moyenne avec écoulement purulent se faisant par l'oreille ; du côté de l'appareil de la vision, on a signalé des conjonctivites, des abcès orbitaires, etc., des paralysies oculaires, etc.

Finalement il nous reste à noter les exanthèmes cutanés et le pseudo-rhumatisme infectieux d'origine grippale (Huchard).

Leyden (*loc. cit.*), fait suivre son observation des réflexions suivantes :

« Des preuves sont venues à l'appui de cette opinion que l'influenza, même exempte de complications, doit être classée parmi les maladies infectieuses. On observe des complications à la suite de l'influenza, comme dans les

différentes maladies infectieuses. J'ai ainsi rencontré des troubles cardiaques (irrégularité des battements, faiblesse avec dyspnée, étourdissements et syncopes) ; des cas de collapsus subit ont été observés pendant la convalescence et même des paralysies et des atrophies musculaires.

Tous ces faits suffisent à démontrer amplement le caractère infectieux de la grippe.

Dans ces conditions, la localisation rénale de la grippe n'a rien qui doive nous étonner ; car le rein, lieu de passage des agents pathogènes et de leurs produits toxiques, ne pourrait guère rester indemne en présence de la grippe comme il ne peut non plus le faire en face de la fièvre typhoïde, de la diphtérie ou de l'érysipèle, qui suivant leur degré de gravité, provoquent une simple congestion rénale ou une néphrite vraie avec toutes ses conséquences.

M. Bouchard (1) montre d'ailleurs que le caractère commun de toutes les maladies infectieuses, c'est la formation des foyers secondaires et les néphrites infectieuses résultent de la formation de ces foyers au niveau des reins ». « De même qu'il n'y a guère de rhumatisme poly-articulaire aigu sans détermination morbide de l'endocardie, il semble qu'il n'y ait guère de maladie infectieuse sans détermination sur le rein. Aussi, mon collègue et ami, Landouzy, a-t-il pu prestement dire que les complications rénales sont aux maladies infectieuses ce que l'endocardite est au rhumatisme ».

1. Bouchard. *Revue de Med.*, 1881, p. 671.

Quel est l'agent pathogène de la grippe ?

Depuis six à sept ans, la plupart des savants de laboratoires se sont mis à l'œuvre, en France et à l'étranger, afin de trouver les bactéries soi-disant spécifiques de la grippe. Le résultat de toutes ces recherches jusqu'à présent du moins, est encore incertain; pourtant, la bactérie décrite par Pfeiffer et la diplo-bactérie de Teissier, Roux et Pittion paraissent être les micro-organismes spécifiques de cette maladie.

Les diverses bactéries isolées des sécrétions pathologiques, des organes et du sang des grippées et considérées comme devant jouer un rôle dans l'étiologie et la pathogénie de l'influenza, peuvent être réparties en deux groupes principaux (1).

Dans le premier nous retrouverons des microbes à identité parfaitement établie, mais qui appartiennent à des processus morbides déjà bien connus : Staphylocoques (Bouchard) (2), streptocoques (Laveran, Vaillard et Vincent, etc.) (3), pneumocoques de Fraenkel ou de Friedlander (Weichselbaum (4), Necker, Letulle, etc.).

1. Pour le côté bactériologique de la question, nous emprunterons la plus grande partie du sujet à l'article « Bacille de la grippe », par G. Roux, dans le « *Traité de pathologie générale*, » de Bouchard et Roger. T. II, p. 566.

2. *Semaine méd.*, 1890, n° 5.

3. Vaillard et Vincent. *Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1884, p. 47.

4. *Wien. Klin. Woch.*, 1890, n. 6, 8, 10. *Wien. Med. Blatt.*, 1890, n° 6
Rech. bact. et anat. path. sur l'influenza et ses complíc. *Wien. Med. Woch.*, 1890, n° 6.

Dans le second groupe nous placerons les bactéries rencontrées par divers auteurs dans la grippe et considérées par chacun d'eux comme étant la bactérie spécifique de la grippe.

Nous ne citerons que quelques auteurs : Seifert (1884) (1), Jollès (de Vienne) (2), Kirschner (3), Babès (4), Arloing (5), qui par des cultures ont mis en évidence dans le sang de deux grippés, des cocci, qui inoculés au cobaye ont produit des déterminations pleurales; Cornil et Chantemesse (6), confirment par leurs expériences les recherches de Babès, Pfeiffer et Carron.

Mais quel que soit le micro-organisme décrit, ce sont surtout des bacilles qui ont été trouvés dans les sécrétions pathologiques ou dans le sang des grippés.

Nous décrirons sommairement le bacille de Pfeiffer, et le diplo-strepto-bacille de Teissier, Roux et Pittion.

Bacille de Pfeiffer (1892). — A été vu pour la première fois en 1890, retrouvé par Pfeiffer en 1892 dans les crachats des grippés et dans le tissu pulmonaire surtout. Carron l'aurait vu dans le sang, sur le vivant.

Ce sont des bacilles droits, très fins, de 0,05 centimètres et demi de long en moyenne, et deux-trois fois moins

1. Ueber influenza. V. Volkmann's Sammlung Klin. Vortrage, Leipzig, 1884, no 240.

2. Sur l'étiologie de l'influenza Wien. Med. Blatter, 1890, no 4.

3. Recherches bact. sur l'influenza Zeitschrift f. Hygiene, Bd. 9, 3, 1890.

4. V. Verlauf Mittheil Centralblatt f. Bakt., Bd. VII, nos 8, 15, 19, 1890

5. Sur le parasitisme de l'influenza, Lyon méd., 1890, no 8.

6. Semaine Médicale, 1892, p. 46.

large, à extrémités arrondies, isolés, par deux ou en chaînettes; ils sont tout à fait immobiles.

La coloration du bacille de Pfeiffer est assez difficile; il faut avoir recours au bleu de Loeffler ou à la liqueur de Ziehl; il se décolore complètement par le Gram.

Le bacille de Pfeiffer se cultive très difficilement et ne se cultive que sur des milieux spéciaux. Or, cette particularité paraît être spéciale aux agents pathogènes spécifiques, et on a voulu en tirer argument en faveur de la spécificité pathologique du bacille de Pfeiffer.

Le milieu de culture qui paraît lui être le plus favorable, c'est la gélose recouverte par une mince couche de sang d'homme ou de pigeon.

Au bout de vingt-quatre heures environ à l'étuve à 35, 37° centigrades apparaissent de très petites colonies homogènes formées par de fines gouttelettes transparentes et incolores, pouvant atteindre, si elles ne sont pas très nombreuses, la grosseur d'une tête d'épingle.

D'autres milieux de culture ont été employés : la gélose glycinée, le bouillon additionné de sang.

Les toxines que doit sécréter ce micro-organisme n'ont pu être isolées.

Bruschettini, chez les lapins, et Pfeiffer sur le singe, ont obtenu, par inoculations intra-péritonéales, intra-veineuses, sous-cutanées ou intra-trachéales, une infection avec intoxication, assez banale pour les lapins, se rapprochant davantage de l'infection grippale chez le singe, pouvant même se terminer par la mort dans les cas où les doses inoculées (de crachats ou de cultures) avaient été assez considérables.

Diplo-strepto-bacille (1891). — Le nom même indique qu'on le trouve tantôt en chaînettes, tantôt sous forme de bacille, selon que l'on examine le sang ou l'urine des grippés.

A été découvert et décrit en 1891 par Tessier, Roux et Pition ; a été trouvé dans le sang et les urines des grippés ; M. Teissier croit même avoir isolé ce bacille des eaux de la Moskowa l'époque où l'influenza sévissait en Russie.

Ainsi que son nom l'indique, il se présente tantôt par couples constituant des diplo-bacilles (urines), tantôt en chaînettes plus ou moins longues (sang), strepto-bacilles entourés d'une sorte de halo ou même capsule ; sont très mobiles.

La meilleure coloration s'obtient avec la liqueur de Fiehl.

Contrairement au bacille de Pfeiffer, il se cultive très facilement et sur tous les milieux.

Sur gélatine-plaques, apparition rapide à 20° C. de petites colonies blanchâtres, arrondies, qui ne tardent pas à prendre un aspect de glacier, ressemblant avec leurs bords découpés à celles du bacille d'Eberth ou du coli-bacille ; ne léquéfie pas la gélatine.

Sur pomme de terre apparition très rapide de spores bi-polaires dans les formes bacillaires énormément grossies.

Ses produits solubles fabriqués par le bacille dans ses milieux de culture ont été isolés et étudiés ; ces produits, selon ces auteurs, avaient sur les animaux une action plutôt prédisposante que vaccinnante.

M. le professeur Teissier dans son travail montre que par l'inoculation de ses cultures, pures et complètes ou stérilisées et filtrées, on a pu provoquer chez le lapin un état général se rapprochant de la grippe humaine par la marche de la température, par l'intensité des phénomènes nerveux et par les caractères anatomiques.

Ainsi, sur trente animaux inoculés il a pu constater l'élévation brusque de la température, des phénomènes nerveux rapides (vertiges, parésies, etc.) et parfois des troubles digestifs (vomissements ou diarrhée).

La mort survenait neuf à quinze jours plus tard avec des accidents de *néphrite infectieuse*, amaigrissement, parfois des paralysies mais le plus souvent des convulsions.

« Cette « *grippe expérimentale* » rappelle absolument la grippe humaine avec ses manifestations si nombreuses et si bizarres.

« Si l'on ouvre l'animal en expérience quatre à sept jours après l'inoculation on constate quelques lésions qui méritent d'être signalées. *Les plus importantes à notre sens sont les lésions rénales*; celles-ci varient de degré d'intensité suivant les périodes de la maladie où l'on examine.

« Au début (si la mort survient le quatrième jour par exemple) ce qui frappe surtout c'est la congestion et l'œdème rénal; plus tard il s'agit d'une véritable *néphrite*, le rein est gras et blanc et arrive parfois à peser 15 grammes. »

Quelques coupes microscopiques faites sur les reins ainsi altérés ont permis de constater les lésions suivant-

tes : Lésions localisées plutôt aux épithéliums des tubes contournés et des branches ascendantes de Heule ; ces épithéliums ne sont pas désorganisés dans toute leur étendue ; certaines cellules sont normales ; un grand nombre de tubes sont tapissés par des cellules granuleuses tuméfiées oblitérant la lumière du canal ; certaines cellules présentent au sein de leur protoplasma des boules colloïdes volumineuses qui occupent toute la cellule dont elles refoulent les noyaux.

La plupart des glomérules sont exangues ; pas d'altérations réelles.

L'urine renferme, au moment de la mort, de l'albumine en proportion notable.

De tous ces faits, on peut déduire que d'une façon expérimentale, on a pu provoquer la grippe avec altération rénale consécutive analogue aux altérations rénales d'autres maladies infectieuses.

Pour en finir, disons que M. Teissier pense que l'intervention du microbe pathogène lui-même n'est pas toujours nécessaire pour produire la néphrite ; celle-ci peut être la conséquence directe du traumatisme cellulaire, résultat de l'élimination par les reins des toxines secrétées par le micro-organisme.

Tel est d'ailleurs l'avis de Nothnagel qui pense que, dans cette maladie, en raison de sa faible gravité, de son début brusque et la généralisation rapide de ses accidents, les microbes ne pénètrent pas directement dans l'organisme ; ils doivent agir par l'intermédiaire des substances toxiques qu'ils secréteraient.

Il s'agirait donc d'un empoisonnement par une de ces

substances d'origine microbienne, analogues aux ptomaïnes, et auxquelles depuis les travaux de Brieger sur le tétanos, on donne ordinairement le nom de toxines. »

Tels étaient les faits cliniques, bactériologiques et expérimentaux qui font de la grippe une maladie franchement infectieuse, nous allons citer à l'appui une série d'observations témoignant de l'existence de la néphrite grippale se rapprochant par ses caractères des autres néphrites infectieuses.

Parmi ces observations nous citerons des cas de glomérulite passagère avec albuminurie transitoire ; ensuite des néphrites vraies à type urémique (Tessier), hémorragique et mal de Bright aigu, c'est-à-dire albuminurie avec œdème et divers troubles plus ou moins marqués indiquant l'insuffisance de la sécrétion urinaire.

*L'ACTION DE LA GRIPPE SUR LES REINS
ANTÉRIEUREMENT SAINS*

De tout ce qui précède, il résulte que l'on observe souvent dans la grippe une congestion passagère des reins, une glomérulite légère avec albuminurie transitoire.

Telle est la lésion consécutive à l'action minime du poison grippal sur les reins : les urines contiennent un peu d'albumine pendant quelques jours qui disparaît la plupart du temps en même temps que la grippe.

A côté de cette albuminurie passagère, qui tient le plus souvent à l'ascension brusque de la température, on peut observer de véritables néphrites, néphrites graves, avec toutes ses conséquences : phénomènes d'insuffisance urinaire et mort possible si l'on n'intervient pas d'une façon énergique.

L'observation I qui nous est personnelle rapporte l'exemple d'une femme qui dès le début de sa grippe présente des phénomènes urémiques qu'une thérapeutique hâtive et bien instituée conjure d'une façon heureuse.

Tessier (Obs. III) rapporte l'observation d'une jeune fille emportée par des accidents d'urémie comateux suite de néphrite grippale.

Diard (Obs. V) relate l'observation d'un homme qui dans la convalescence de sa grippe est pris soudainement d'accidents urémiques qui se terminent par la mort en 48 heures.

D'autres observations à terminaison fatale ont été observées : les observations de Leyden (Obs. IV) et de Tuvache (Obs. IX), de Bonuclière (Obs. VII) que nous rapportons *in extenso* plus loin ; dans ces trois cas la grippe a atteint des individus jusqu'alors indemnes de toute lésion rénale.

La terminaison fatale est loin d'être la règle dans l'évolution des néphrites grippales : le plus souvent le pronostic est bénin, et dans ces cas la néphrite, apparaissant le plus souvent au déclin de la grippe, revêt deux formes : la forme hémorrhagique et mal de Bright aigu.

Les observations de néphrite grippale aiguë à type hémorrhagique sont très rares. Fiessinger, le premier, dans son mémoire rapporte une observation de néphrite grippale hémorrhagique (Obs. LIX du mémoire) qui par son ensemble symptomatique rappelle la maladie décrite par M. Alb. Robin sous le nom de congestion rénale à forme typhoïde.

Une autre observation du même auteur et publiée dans la *Gazette médicale de Paris* (4 oct. 1890) peut être considérée comme un exemple de cette série de néphrites grippales, quoique l'auteur la considère et la nomme : « Mal de Bright aigu primitif ».

Mais dans la plupart des cas, la néphrite grippale revêt le type du mal de Bright aigu, c'est-à-dire, néphrite albumineuse avec œdème plus ou moins généralisé.

Les observations de Fiessinger (obs. XXII et LII du mémoire), de Sympson (*loc. cit.*), rentrent dans cette catégorie ; l'enfant (le plus souvent), est pris dans le cours ou dans la convalescence de troubles digestifs, douleurs lombaires très intenses, anasarque plus ou moins généralisée avec urines très albumineuses ; les trois cas se sont terminés par la guérison.

Dans une troisième série d'observations on constate que la lésion rénale survenue à l'occasion d'une grippe traîne, n'a aucune tendance à la guérison absolue et la néphrite devient subaiguë ou chronique.

L'observation XXIV qui nous est personnelle concerne un individu robuste qui entre à l'hôpital pour la grippe, en sort guéri au bout de quelques jours sans avoir présenté de l'albumine dans les urines ; il revient quelques jours après pour de l'œdème des membres inférieurs et les urines sont albumineuses ; ce malade revu à différentes reprises a gardé son albuminurie.

MM. Lecorché et Talamon (Obs. XXX) relatent également l'observation d'une jeune fille chez laquelle on découvre dans la convalescence de la grippe de l'albumine dans les urines. Cette albuminurie était intermittente et augmentait à l'occasion d'un écart de régime ou d'une affection intercurrente (angine herpétique).

Hœhling (Obs. XXVIII) relate l'observation d'un lieutenant de vaisseau qui fait de la néphrite à l'occasion d'une grippe. L'albuminurie diminue mais ne disparaît pas à la sortie du malade de l'hôpital.

En dernier lieu, la néphrite grippale peut devenir une néphrite chronique et se terminer par la mort au bout

d'un temps variable ; telles les observations (XXXI et XXXII) citées par Vignérole dans sa thèse et que nous rapportons plus loin.

En somme, nous voyons et nous pouvons en conclure que dans la plupart des cas, l'albuminurie du début de la grippe, disparaît avec cette dernière.

Parfois elle persiste sans provoquer aucun trouble spécial ; survienne un refroidissement, une affection quelconque et le mal de Bright s'installe et c'est dans ces cas, si les investigations étiologiques ne sont pas poussées trop loin, qu'on fait le diagnostic (faute de mieux) de néphrite *a frigore*.

Or, s'il est un fait incontestable que le froid prolongé et humide peut provoquer une congestion rénale, il n'en est pas moins vrai que le froid, dans ces cas, ne fait que provoquer le rein antérieurement malade.

Aussi les néphrites dites « *a frigore* » tendent-elles à diminuer de nombre à mesure qu'on apprend à connaître les nombreuses affections au cours desquelles peut survenir l'albuminurie.

Lecorché (1) dit « nous ne sommes pas éloignés de croire que le moment est proche où l'on verra diminuer encore le nombre des néphrites spontanées ou primitives, des néphrites dites « *a frigore* », et où l'on n'aura presque plus à décrire que des néphrites secondaires relevant d'une maladie antérieure ou d'une intoxication ».

Labadie-Lagravé, tout en reconnaissant la néphrite *a frigore*, émet l'opinion « que très souvent le refroidisse-

1. *Traité des mal. des reins*, 1871.

ment n'est indiqué que parce que la véritable étiologie de l'affection rénale nous échappe. Ce que nous venons de dire de la néphrite aiguë s'applique également à la néphrite parenchymateuse chronique ».

On observe la même opinion au sujet du refroidissement dans le *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright* de MM. Lecorché et Talamon : « Aucune influence, disent-ils, n'est plus complètement admise par la plupart des auteurs dans l'étiologie du mal de Bright chronique que celle du froid humide s'exerçant d'une manière prolongée et répétée sur la surface cutanée. Mais nous n'hésitons pas à avancer qu'il n'existe pas une seule observation probante où l'action du froid humide puisse être seule incriminée comme cause unique d'une néphrite brightique chronique ».

L'ACTION DE LA GRIPPE SUR LES REINS ANTÉRIEUREMENT MALADES

Il est certain que si la grippe survient chez un malade porteur d'une légère lésion rénale antérieure, le rein se laissera plus facilement toucher que s'il avait sa résistance normale ; la grippe donnera une impulsion nouvelle à une lésion jusque-là latente et insignifiante.

La grippe survenant dans ces conditions aggravera l'altération rénale comme elle est capable d'aggraver toute autre lésion organique, qu'il s'agisse d'une altération pulmonaire, cardiaque, hépatique, etc.

Tout le monde se rappelle l'action néfaste de cette affection lors de la dernière épidémie où la mortalité fut extrêmement élevée chez les vieillards et les individus atteints de lésions organiques anciennes.

La grippe est une véritable pierre de touche pour le rein, elle révèle brusquement des altérations parfois insignifiantes depuis longtemps compatibles avec la vie.

Hœhling (Obs. X) rapporte un cas où la gonorrhée aurait déterminé par extension la néphrite grave à la grippe.

Leyden (*Wien. méd. Blatter* 16 janvier 1890) dit que la grippe survenant chez un convalescent de scarlatine a provoqué des hématuries; un autre cas aussi de mort est rapporté par le même auteur; il s'agit d'un individu atteint de néphrite légère et chez lequel survint la grippe.

Tuvache (Obs. XXXIV) relate l'observation d'un individu atteint d'une ancienne néphrite scarlatineuse; la grippe survient et détermine une poussée de néphrite aiguë avec accidents urémiques et mort.

Dans le mémoire de Tuffier (p. 170) nous trouvons également une observation où la grippe amena chez un ancien néphritique une série d'épistaxis avec augmentation de l'albuminurie, anasarque généralisée et mort.

Il s'en faut que toutes les lésions rénales anciennes résistent si malheureusement à la grippe; il existe quelques observations où la grippe a pu évoluer de la façon la plus heureuse pour le malade sans donner de nouveaux troubles aux lésions préexistantes.

M. Teissier (*loc. cit.*) sur plus de 300 albuminuriques ne trouve qu'un seul (cité plus haut) où la grippe ait déterminé la mort du malade. Il cite particulièrement l'observation d'un de ses malades atteint de pyélo-néphrite calculeuse avec aortite, cœur très volumineux, et qui eut une grippe très grave dont il se remit très difficilement, mais qui n'avait guère accentué l'état anatomique de son cœur ou de ses reins.

Budel (Obs. XXXV) rapporte également une observation qui montre qu'un rein malade résiste sans conséquence sérieuse aucune à une atteinte grippale.

Enfin on a constaté que la grippe peut faire disparaître l'albuminurie transitoire propre surtout aux enfants et que Pavy (1) avait signalé le premier et que MM. Teissier et Merley (2) ont décrite depuis sous le nom d'albuminurie intermittente cyclique.

1. *On cycle albuminuria Brit. med. Journal*, 1885. *Lancet*, 6 mai 1886.

2. Thèse Lyon, 1887.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau de la néphrite grippale est analogue à celui des autres néphrites infectieuses.

Tantôt elle demande à être recherchée, car elle peut s'établir lentement, insidieusement et se trouve masquée par l'affection causale; tantôt, au contraire, les phénomènes du début attirent immédiatement l'attention sur le rein et font négliger ou oublier la recherche de l'agent causal.

Dans ce dernier cas, les faits sont plus rares, nous avons très souvent un ensemble de symptômes que M. Teissier a décrits sous le nom de *type urémique de la néphrite grippale* : anurie plus ou moins absolue, troubles gastro-intestinaux, albuminurie intense, phénomènes délirants et coma suivi de mort.

Dans la plupart des cas l'albuminurie apparaît insidieusement dès le début, pendant l'évolution ou plus ou moins longtemps après la disparition de la grippe.

La grippe disparue, la convalescence traîne, le malade est anémié, manque de forces, ne peut travailler sans se fatiguer rapidement, manque d'appétit, il maigrit.

La cause de tous ces symptômes est difficile à trouver quand un signe révélateur ou l'idée de la possibilité d'une complication rénale nous pousse à examiner les urines.

Le malade a de la céphalée continuelle, des troubles gastro-intestinaux, vomissements ou diarrhée ; dans d'autres cas, il éprouve une dyspnée intense, ne peut pas faire le moindre mouvement sans être essoufflé, ne peut plus monter un escalier au risque d'étouffer ; dans d'autres circonstances c'est l'œdème malléolaire ou une légère bouffissure du visage le matin au réveil ; enfin dans des cas plus rares c'est l'hématurie qui effraie le malade et l'oblige d'aller voir son médecin, ou des épistaxis, du purpura, etc.

Le malade présenterait en même temps un facies spécial (Tuvache) : « Le malade se présente en effet avec une face qui semble élargie et arrondie tout à la fois ; elle est uniformément d'une coloration d'un blanc mat, jaunâtre, qui n'est ni la teinte jaune paille du cancéreux, ni comme chez les anémiques, avec coloration blanche, si légèrement teintée de rose, qu'on devine cette nuance plutôt qu'on ne la voit ; mais c'est une coloration cireuse, enlevant à la figure l'expression de vie qu'elle a chez un homme bien portant ».

Le malade se plaint en même temps de douleurs lombaires très intenses s'irradiant aux membres inférieurs ; il nous apprend qu'il urine moins ou qu'il a des envies fréquentes d'uriner ; on peut également trouver les petits accidents du mal de Bright : la sensation du doigt mort, l'affaiblissement de la vue, la cryesthésie, la céphalée

temporale ou en casque, les épistaxis, la temporale flexueuse, etc.

L'examen direct nous apprend que la qualité des urines est généralement diminuée variant entre un demi-litre et l'anurie plus ou moins complète.

Leur couleur est foncée ; rouge, parfois franchement sanguinolente et riche en sédiments.

L'albuminurie est presque constante et le plus souvent assez considérable ; varie entre 2-7 grammes dans les vingt-quatre heures.

Par le repos, il se forme un dépôt assez abondant dans lequel on trouve des cellules épithéliales du rein, des leucocytes, très souvent des globules rouges et des cylindres.

Selon le professeur Hayem toutes les urines grippales sont urobilinuriques ; M. Huchard signale la diminution constante des phosphates ; M. Fernet trouve au contraire l'augmentation des phosphates et des urates ; M. Gautrellet indique l'hyperacidité de l'urine avec augmentation de l'indican. M. Chappelle constate que ces urines sont très acides, riches en acide phosphorique et en chromogènes.

« Les fonctions urinaires sont profondément troublées, et cela d'une façon précoce, car c'est un fait bien remarquable que dès les premières heures de l'invasion grippale il existe une tendance à l'anurie. Bien des malades ne rendent en trente-six heures que 300 grammes, d'une urine concentrée légèrement rosée d'aspect lavure de chair ; assez fréquemment cette urine contient un peu d'albumine (*Mémoires Teissier*, p. 76) ».

Cette albuminurie disparaît le plus souvent en même

temps que la grippe; si elle persiste ou si elle augmente la terminaison fatale peut être immédiate ou à plus ou moins longue échéance par suite de la persistance de la néphrite passée à l'état subaigu ou chronique.

L'œdème est le plus souvent localisé aux membres inférieurs; la bouffissure de la face coexiste très souvent; l'anasarque généralisée existe, mais est plutôt rare (deux fois sur 83 malades, Fiessinger).

Chez les sujets plus âgés, atteints de néphrite grippale, on peut constater, en outre, la dyspnée Cheyne-Stokes, une bronchite plus ou moins généralisée et une oligurie très marquée, signes à pronostic le plus souvent fatal.

EVOLUTION ET FORMES CLINIQUES

La néphrite grippale est tantôt primitive, tantôt elle n'est que le réveil d'une ancienne lésion rénale.

Dans le premier cas, elle apparaît au début, au déclin ou dans la convalescence de la grippe.

Elle est *transitoire* et disparaît avant ou en même temps que la grippe; passerait inaperçue si l'on ne pratique pas systématiquement l'examen des urines.

C'est une *néphrite grave* avec des phénomènes d'insuffisance urinaire à issue souvent fatale.

C'est une *néphrite aiguë hémorrhagique sans œdème*; les malades urinent du sang et l'urine reste albumineuse pendant quelques jours, après que le sang a disparu; elle renferme des globules rouges déformés et des cylindres épithéliaux.

Enfin, on peut constater *le mal de Bright aigu*, c'est-à-dire des urines albumineuses avec œdème plus ou moins généralisé; guérit rapidement par le repos et le régime lacté absolu.

Ces diverses variétés de néphrites peuvent passer à *l'état subaigu ou chronique*.

De tous ces types cliniques, c'est la glomérulo-néphrite passagère ou transitoire qui est la plus fréquente et qui passe le plus souvent inaperçue.

DIAGNOSTIC

De tout ce que nous avons dit précédemment on peut conclure que l'albuminurie est extrêmement fréquente dans la grippe; nous ne saurions dire si c'est dans le tiers ou dans la moitié des cas qu'elle existe, car la recherche systématique de l'albumine dans les urines des individus atteints de grippe ne se fait pas dans les services comme dans la scarlatine ou dans la fièvre typhoïde.

Donc, en présence d'un malade grippé, examinons toujours ses urines depuis le début jusqu'à la fin de sa maladie; car, il n'est pas rare que la lésion rénale ne se déclare que dans la convalescence ou même quelque temps après la disparition de la grippe.

Les symptômes de la néphrite grippale sont des plus variables :

Tantôt les malades viendront consulter le médecin pour des accès d'oppression simulant l'asthme ou pour une toux chronique persistante avec dyspnée surtout nocturne.

On l'examine un peu rapidement; à l'auscultation on

perçoit quelques râles de bronchite, on lui prescrit un traitement en conséquence, et ces remèdes loin de calmer ces symptômes ne feront que les aggraver davantage.

D'autres fois les malades viendront consulter pour l'anémie, soi-disant caractérisée par la pâleur du visage, la bouffissure de la face, des palpitations ou de l'essoufflement. Si l'on se donnait la peine de penser dans ces conditions aux faux chlorotiques, on examinerait de suite les urines des malades ou les malléoles, et les paupières afin de voir s'il existe ou non de l'œdème dans ces régions par où il débute de préférence.

Les malades dans d'autres circonstances se plaignent d'un lumbago intense, persistant; ils ont de la polyurie ou de la pollakiurie nocturne ou l'un des signes qui rentrent dans la classe décrite par M. le professeur Dieulafoy sous le nom de petits accidents du mal de Bright.

Enfin le diagnostic de néphrite s'impose.

Si le malade se présente avec un œdème plus ou moins généralisé, avec des troubles urinaires, etc.

Il en est de même si dans le décours de la grippe les urines deviennent sanguinolentes en même temps que leur quantité diminue.

Donc cette complication sera reconnue le plus souvent par l'examen attentif et régulier des urines chez les individus atteints de grippe; d'un autre côté, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un individu présentant des signes de néphrite chronique, pensons à la grippe capable de provoquer des lésions de ce genre.

PRONOSTIC

Le pronostic de la néphrite grippale varie selon l'époque de son apparition : ainsi, l'albuminurie peu abondante, et qui apparaît dès le début ou dans le décours de la grippe, est le plus souvent transitoire et disparaît avant la fin de la maladie.

Il n'en est pas de même de l'albuminurie qui apparaît vers la fin, qui le plus souvent persiste et peut passer à l'état subaigu ou même chronique.

En outre, la néphrite grippale peut évoluer dans certains cas fatalement et en spécial dans les cas que Teissier a décrits sous le nom de type urémique de la néphrite grippale.

Le type hémorragique et le mal de Bright aigu guérissent le plus souvent par le repos et le régime lacté.

La néphrite grippale acquiert un pronostic plutôt sévère dans les cas où elle évolue sur un rein antérieurement malade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce chapitre est forcément restreint vu le petit nombre d'observations de néphrite grippale qui ont été suivies d'autopsie jusqu'à ce jour.

Dans nos recherches, nous n'avons trouvé que cinq cas où les auteurs ont pu examiner les reins de malades ayant succombé à cette complication de la grippe.

La première constatation anatomique a été faite par le professeur Leyden de Berlin. Il a présenté à la Société de médecine de Berlin (séance du 15 février 1890) des pièces anatomiques relatives à un cas de néphrite aiguë survenue dans le cours d'une attaque d'influenza chez une jeune femme de 28 ans. A l'autopsie de cette femme les reins présentaient les mêmes altérations que dans les cas de néphrite infectieuse aiguë (glomérulo ou capsulo-néphrite de Klebs).

Les capsules de Bowmann étaient agrandies, distendues par les éléments cellulaires qui comprimait plus ou moins les glomérules ; cette dernière circonstance rend compte de l'anurie relative constatée du vivant de la malade.

A la Société médicale des hôpitaux de Paris (*Bulletin*, n° 2, p. 44, 1890), M. Duponchel a signalé un cas de grippe infectieuse avec autopsie : reins pâles, leur surface mamelonnée indiquant la néphrite interstitielle.

Dans la thèse de Tuvache nous trouvons deux cas suivis d'autopsie :

L'observation I concerne un cas de néphrite grippale primitive : reins granuleux, décortication assez facile, capsule un peu adhérente.

Rein gauche 150 grammes ; rein droit 125 grammes ; crie sous le couteau, pyramides totalement détruites ; substance corticale diminuée.

L'observation V concerne un individu porteur d'une ancienne altération rénale scarlatineuse et chez lequel la grippe détermina la mort par aggravation de cette lésion.

Reins : volume et poids normaux ; néphrite mixte et surtout épithéliale.

Hoehling dans un cas signale également des lésions de néphrite mixte : rein petit (120 gr.), portion corticale presque entièrement détruite, pyramides petites et très indistinctes.

Bonnelière rapporte aussi un cas de néphrite grippale suivi de mort : à l'autopsie reins volumineux, violacés, gorgés de sang.

Quoique le nombre d'examen anatomiques soit très peu nombreux, on peut pourtant conclure que la grippe paraît déterminer une néphrite mixte, comme d'autres maladies infectieuses.

Teissier dans les cas de grippe expérimentale sur les

lapins a toujours pu constater une congestion œdémateuse des reins et l'altération colloïde des épithéliums, voire même l'existence du gros rein blanc ; dans la plupart des cas il retrouvait dans les urines le diplo-bacille spécial, considéré comme l'agent probable de l'infection.

TRAITEMENT

Au point de vue prophylactique n'appliquons jamais des vésicatoires aux individus atteints de grippe et vu la possibilité d'une altération rénale ne leur donnons que du lait, aliment complet qui ne nécessite aucun travail de digestion et qui favorise la diurèse.

En présence d'un malade atteint d'une albuminurie légère sans aucun symptôme inquiétant contentons-nous de le soumettre au régime lacté absolu et au repos au lit.

Si l'albuminurie est abondante et s'accompagne de phénomènes urémiques ordonnons au malade, outre le régime lacté, des diurétiques tels que la lactose à la dose de 50-60 grammes par jour dans du lait (par voie buccale ou rectale); les lavements froids sont également indiqués dans ces cas.

En outre, il faut lui administrer des purgatifs drastiques; de cette façon nous cherchons à faire éliminer au malade les toxines accumulées dans l'organisme par les deux émonctoires principaux. Si la dyspnée est très in-

tense, lui faire inhaler de l'oxygène et au besoin lui faire une petite saignée de 200-250 gr.

Nous agirons à peu près de la même façon dans les cas où l'œdème serait généralisé. Dans la forme hémorragique et dans la néphrite aiguë avec œdème intense, quelques ventouses scarifiées au niveau des régions lombaires rendront de grands services.

Enfin dans les néphrites chroniques d'origine grippale, le traitement ne diffère guère de celui des autres néphrites chroniques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Grippe. — Néphrite albumineuse. — Accidents urémiques. — Guérison.

La nommée X..., âgée de 37 ans, entre le 12 octobre 1893, dans le service de M. Juhel-Rénay, à l'hôpital Cochin, elle est couchée salle Louis, lit n° 7.

Rien à signaler du côté de ses antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 15 ans, elle n'a jamais eu de retards, ni fausses couches, ni grossesse.

Le 9 octobre, au réveil, la malade est prise de frissons extrêmement intenses, « elle a claqué des dents pendant une bonne demi-heure ». Elle essaie d'aller à son travail, elle était blanchisseuse mais ses jambes ne peuvent la porter et elle est obligée de s'aliter.

Le jour même et les jours suivants, elle est prise d'une céphalée intense, tenace, avec nausées et vomissements bilieux.

L'inappétence est complète ; des douleurs généralisées, surtout cervicales, lombaires et dans les mollets, l'empêchent de dormir.

Tous ces troubles réunis l'engagent à demander son admission à l'hôpital.

Le 12 octobre. — Le jour de son entrée, elle se plaint de la céphalée persistante, céphalée en casque lui serrant la tête comme dans un véritable étau.

Les troubles gastriques caractérisés par des vomissements bilieux et une constipation opiniâtre persistent ; la langue est large, étalée ; la bouche est mauvaise et l'inappétence est complète.

Son faciès est plutôt bon ; rien à signaler du côté des yeux et des fosses nasales.

Sa gorge est légèrement rouge, et la malade souffre un peu en avalant.

Du côté du thorax, on trouve des râles sibilants un peu disséminés dans les deux poumons ; rien du côté du péricarde et du cœur.

Le foie est normal ; la rate légèrement grosse.

Les urines recueillies le matin même sont très rouges, très sédimenteuses, d'une densité de 1015, et donnent avec l'acide nitrique à froid un léger louche d'albumine.

La température est 38°, 5 ; pouls 92.

En présence de ces différents symptômes, et vu l'épidémie régnante, le diagnostic de grippe est porté, et la malade est traitée par la quinine et antipyrine ; régime lacté et repos absolu.

Le 15 octobre. — Ascension brusque de la température 39° 8 ; pouls : 92 battements par minute.

La céphalée extrêmement intense persiste, et tous les moyens employés n'ont pu la calmer.

Les paupières sont bouffies, et on constate aux membres inférieurs un léger degré d'œdème péri-malléolaire.

Dyspnée des plus intenses simulant presque la dyspnée Cheyne-Stokes ; l'examen local de la poitrine ne suffit pas à l'expliquer.

Les troubles gastro-intestinaux décrits ci-dessus persistent ; les vomissements très fréquents et peu abondants chaque fois fatiguent énormément la malade.

Une diarrhée assez abondante fait suite à la constipation.

La malade est très agitée, cause beaucoup en dormant, veut se lever à chaque instant.

Les urines très chargées sont rares ; 550 grammes dans les 24 heures ; une grande quantité d'albumine est décelée par l'acide acétique à chaud.

En présence de ces accidents urémiques, on prescrit à la malade des ventouses sèches à la région lombaire et des pilules contenant de la scille, scammonée et digitale.

Le 16 octobre. — Etat très mauvais.

Le dosage de l'urine donne 4 grammes d'albumine pour les 24 heures ; des cylindres épithéliaux en abondance par l'acide osmique.

L'œdème a fait des progrès énormes ; les membres inférieurs sont complètement infiltrés.

La dyspnée, la céphalée et les troubles gastriques persistent.

Le délire est des plus violents ; la malade crie, vocifère à chaque instant.

Le 17 octobre. — Au délire a fait suite un coma presque absolu ; la malade est assoupie et répond à peine aux questions qu'on lui pose.

L'albuminurie persiste et l'anurie est presque complète.

Une saignée de 350 grammes environ est pratiquée en même temps qu'on continue la révulsion, les diurétiques et les inhalations d'oxygène.

Les trois jours suivants l'état de la malade est presque pareil ; l'œdème est presque généralisé, il y a un peu d'hydrothorax.

M. Juhel-Rémy lui fait donner des fumigations dans son lit même.

Le 22 octobre. — La malade n'est plus oppressée ; les vomissements deviennent plus rares.

Elle répond clairement à tout ce qu'on lui demande.

Les urines remontent à 1350 grammes pour les 24 heures ; l'albumine diminue ; le dosage par le tube d'Esbach donne à peine un gramme pour 24 heures.

Le 24 octobre. — La malade est complètement guérie, et il ne persiste absolument rien de tout ce qui précède.

Ce cas nous a paru extrêmement intéressant et présentant plus d'une analogie avec celui de MM. Teissier, Diard, etc.

Une malade jusqu'alors bien portante est prise de grippe, d'une véritable néphrite avec des accidents urémiques des plus sérieux éclatant dès les premiers jours de sa maladie et mettant sa vie en danger.

Un diagnostic juste et un traitement dirigé dans ce sens ont suffi pour sauver la malade ; aussi dans ces cas, réserver le pronostic, et tenir compte pour le porter des antécédents et des habitudes des malades.

OBSERVATION II

Garçon de 16 ans. Urémie convulsive, suite d'un écart de régime. Guérison vers le vingtième jour (*Gaz. méd. de Paris*, 1890, p. 473, par Fiessinger).

P... V., âgé de 16 ans, est traité par M. le Dr Clerc. Il a la grippe au milieu de février 1890.

22 février. — La face enfle et la bouffissure augmente les jours suivants.

Le 27. — Pas de maux de tête ni de douleurs dans les reins, les urines contiennent de l'albumine, des cylindres granuleux, des cellules épithéliales. P. s. 52 ; T. s. 37°, 2.

Le 2 mars. — Le malade a mangé le 1^{er} mars. Le 2 mars la bouffissure de la face augmenté. Epistaxis. Maux de ventre.

A 5 heures du soir, accès d'urémie convulsive, et M. Clerc, appelé en hâte, fait appliquer des sangsues.

L'urine contient 4 grammes d'albumine.

Le 3. — La connaissance est revenue.

Le 12. — Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.

OBSERVATION III

Teissier (*La grippe-influenza*, p. 180).

Jeune fille de 18 ans, est emportée rapidement par des accidents d'urémie comateuse consécutifs à une néphrite grippale qui avait déterminé une anurie presque absolue.

Jeune fille de 20 ans, atteinte de broncho-pneumonie grippale, avec albuminurie et urémie convulsive consécutives à une anurie brightique presque complète. Elle a été guérie par les bains froids.

OBSERVATION IV

Observation du professeur Leyden de Berlin (*Sur la pathologie de l'influenza*
Berliner Klin. Wochenschrift, 1890, n° 10, p. 213).

Cette observation rapportée par Leyden à la Société de Médecine berlinoise (séance du 15 février 1890) est relative à un cas de néphrite aiguë survenue dans le cours d'une attaque d'influenza chez une jeune femme de 28 ans.

Cette femme, bien portante jusque-là, avait présenté les premiers symptômes de l'épidémie régnante au commencement du mois de décembre dernier.

Au sortir de l'attaque elle ne s'était pas entièrement rétablie.

Au commencement du mois de janvier, elle a eu pendant huit jours des vomissements tenaces.

Les urines deviennent troubles et la quantité rendue dans les vingt-quatre heures diminue sensiblement. En même temps apparaissent des œdèmes.

La malade entra à l'hôpital le 13 janvier ; elle a succombé le 8 février.

Dans l'intervalle, elle a présenté comme symptôme prédominant une diminution considérable de la diurèse (200 cc. d'urine dans les vingt-quatre heures). Les urines contenaient du sang et beaucoup d'albumine, comme dans les cas de néphrite infectieuse.

Il y avait eu une légère amélioration vers la fin de janvier.

Les pièces anatomiques relatives à ce cas ont été examinées au chapitre d'anatomie pathologique de ce travail, page 46.

OBSERVATION V

Observation de Diard. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*
p. 361.

M. R..., 40 ans, a eu une influenza bénigne en 1890, puis consécutivement de l'abattement physique et moral paraissant justifié par des préoccupations d'intérêt.

Dans les premiers jours de mars 1891, fièvre intermittente grave. Au bout d'une dizaine de jours, le malade reprend ses occupations, mais avec une augmentation sensible du malaise post-grippal.

Le 31 mars. — Explosion soudaine de troubles urémiques que je traite par la caféine et le benzoate de soude, la quinine, l'ergotine, le régime lacté et les ventouses.

Le lendemain pas d'amélioration. Dans la soirée, un confrère venu en consultation conseille un vésicatoire que je ne refuse pas vu l'état du malade et les sollicitudes de la famille. Sept heures après : coma et mort.

OBSERVATION VI

Legendre. Société Médicale des hôpitaux, 27 mai 1892.

P... est un Breton de 17 ans, vigoureux, sans aucun antécédent morbide, qui habitait Paris depuis cinq mois et était infirmier à la Charité.

Au commencement de février, alors que l'épidémie de grippe

battait son plein et que le 1/3 des malades était grippé, il est pris soudain de lassitude, fièvre, céphalalgie frontale. Il se met à tous-
ser, il remarque que ses urines sont foncées : le 14 février un point de côté très douloureux dans le flanc et la région lombaire droite l'oblige à s'aliter au n° 8 de la salle Boyer.

Je le trouvai dans un état d'abattement presque typhique, avec une température de 39°. Il existait une congestion pulmonaire bilatérale des bases avec cette diminution générale du murmure respiratoire qui a été signalée comme un des caractères du poumon grippal, le cœur est tumultueux et il est facile de percevoir les caractères d'un frottement péricardique.

Il y a de l'œdème malléolaire et lombaire, un peu de bouffissure du visage, de l'obscurcissement de la vue. Les urines troubles et foncées, contiennent un gramme d'albumine par litre : deux jours après elles sont franchement sanglantes et l'état d'hématurie a été permanent jusqu'au 5 mars, il y avait de nombreux globules rouges, des cylindres. Les urines ont toujours été heureusement abondantes : elles sont devenues peu à peu moins sanglantes, puis moins albumineuses ; polyurie de 2000 à 2500 grammes coïncide le 10 mars avec disparition complète de l'albumine. La néphrite a donc une marche franchement aiguë et avec une durée de cinq jours. Mais pendant que la néphrite guérissait le cœur était le siège des plus graves complications.

Nous avons assisté à l'évolution la plus nette d'une péricardite sèche, d'une endocardite avec myocardite (rythme fœtal et tachycardie), puis d'un épanchement assez abondant dans le péricarde pour faire disparaître les bruits du cœur et pour faire envisager momentanément l'éventualité d'une ponction.

Mais peu à peu, grâce à la vigueur du malade, grâce à une thérapeutique énergique, l'épanchement péricardique s'est résorbé ; les frottements ont disparu ; aujourd'hui le malade a conservé une symphyse cardiaque assez étendue.

Pendant ce temps bronchite et congestion pulmonaire s'étaient compliquées d'une pleurésie droite d'abord sèche, puis avec épanchement médiocre longtemps stationnaire.

Le 21 mars. — Le malade paraissait en voie de convalescence, quand la température qui s'était abaissée à 38° remonte brusquement à 39°. Douleur vive dans l'aîne gauche, puis le long de la cuisse jusqu'au mollet. Peu après existait un gonflement général avec dureté élastique de tout le membre. Une phlébite est installée. Elle coïncida non-seulement avec un retour de fièvre, mais avec troubles généraux : reprise de céphalée frontale, vomissements, épistaxis, petitesse du pouls, urines rares et troubles, non albumineuses.

2 avril. — Nouvelle poussée fébrile et quelques crachats hémoptoïques qui firent penser à un petit infarctus pulmonaire.

10 avril. — Diarrhée violente et passagère avec coliques.

12 avril. — Douleur disparue à la jambe à peine œdématiée.

13 avril. — Angine amygdalienne pultacée jusqu'au 16, liée à la maladie primitive comme infection secondaire.

Convalescence lente, asthénie post-grippale caractéristique.

15 mai. — Encore pâle, se lève à peine, urines claires et abondantes, bruits du cœur réguliers, mais sourds et plus rapides que ceux d'un sujet normal. Jambe gauche encore œdématiée et douloureuse après une courte station.

Thérapeutique rigoureuse, période rénale : ventouses sèches et ventouses scarifiées sur la région lombaire, régime lacté rigoureux, diurétique et purgatifs drastiques.

Péricardite, ventouses, vésicatoires, après néphrite, caféine, digilatine, strophantus, strychnine, café.

OBSERVATION VII

Thèse de Paris, 1893-94. Bonnelière.

La femme Castelle L..., 60 ans, entre le 19 janvier 1894 à l'hôpital Laënnec, service du Dr Gingeot, salle Monneret, lit n° 15, avec les symptômes suivants :

D'une bonne santé jusqu'alors, elle tousse un peu depuis la veille et se sent oppressée : elle accuse *un abattement extrême*, des *vertiges* quand elle veut marcher ou même s'asseoir dans son lit, et cet abattement ira s'accroissant jusqu'à la prostration. Il y a au creux épigastrique une douleur assez vive qui retentit dans le dos et les reins.

La température est de 39°,5, dyspnée notable.

Auscultation. — Diminution du murmure respiratoire en arrière de la poitrine des deux côtés et sonorité exagérée de l'emphysème. Au sommet droit, respiration un peu rude et de temps en temps quelques râles fins par bouffées. Léger souffle au premier temps et à la pointe du cœur. Expectoration muqueuse peu abondante. Inappétence, langue sèche, pouls à 100.

Dès le lendemain, une série de symptômes nouveaux se déclare : la malade a un peu de diarrhée, les urines qui, la veille, ne contenaient que des traces d'albumine, en contiennent une quantité très appréciable qui monte à 1 gr. 50 dans la suite. Elles deviendront de plus en plus foncées, rougeâtre, et l'examen microscopique y décèle des cylindres et des globules rouges. La nuit suivante est mauvaise, insomnie, délire léger.

Le 21 janvier. — La diarrhée augmente ; il y a cinq ou six selles par jour, le ventre se ballonne légèrement, il est douloureux à la pression, la prostration s'accroît, et n'était l'absence de taches rosées lenticulaires, la rate étant notablement augmentée de volume, à la percussion, on serait tenté de croire à la fièvre typhoïde.

Du 22 au 26 janvier. — Cet état persiste avec quelques variantes : les nuits restent mauvaises, la congestion pulmonaire du sommet droit s'étend, la toux est plus fréquente, mais il n'y a pas d'expectoration, le pouls est mou, dépressible, fréquent, des frottements péricardiques apparaissent plus accentués à la base.

Du 26 au 30. — La mort se prépare, la malade a de l'incontinence de l'urine et des matières, l'alimentation lactée devient presque impossible ; les injections répétées d'éther et de caféine deviennent impuissantes ; elle succombe le 30 janvier à 6 heures du soir.

L'autopsie démontre l'absence de lésions intestinales : des reins volumineux violacés gorgés de sang ; des poumons emphysémateux congestionnés et splénisés au sommet droit, l'examen des autres organes reste négatif, sauf celui du cœur, qui montre un peu de liquide dans le péricarde, les artères, surtout l'aorte thoracique, sont athéromateuses.

Nous avons relevé en outre dans cette observation deux points intéressants la courbe thermique et l'examen bactériologique dont M. Follet, interne du service, nous a donné les résultats.

La température est tombée brusquement le soir du troisième jour (22 janv.) à 38°, elle est remontée le lendemain à 40° pour ne plus descendre au-dessous de 39°. Cette dépression brusque de la température dans les premiers jours de la maladie a été signalée par Teissier de Lyon et observée sur l'animal après des inoculations faites avec le bacille que cet auteur et ses collaborateurs ont décrit.

D'autre part un peu d'urine, de sang et ses parcelles de crachats furent séparément dilués dans du bouillon stérile : avec ce bouillon des ensemencements en stries furent pratiqués sur des tubes inclinés de gélose enduite d'une mince couche de sang placés dans une étuve à 37°. Deux jours après les tubes de l'urine et des crachats donnèrent de petites cultures transparentes, en forme arrondie, très visible à la loupe dans leurs détails. La surface était lisse, le tube de sang n'a rien donné. Une parcelle de ces colonies portée sous le microscope et colorée par la fuchsine de Ziehl montrait de très petits bacilles se rapprochant plutôt de la forme coccus, tantôt étalés, tantôt groupés par deux ou trois. Le Gram les colorait, ces microbes n'ont pas été inoculés.

On ne peut se défendre d'un rapprochement entre ces micro organismes et ceux que nous verrons plus tard dans notre dernier chapitre décrit par Pfeiffer et les expérimentateurs lyonnais.

OBSERVATION VIII

Néphrite aiguë consécutive à la grippe, par Sympson (*Lancet*,
10 mai 1890).

A. B..., un écolier âgé de 11 ans, a eu une attaque d'influenza au commencement du mois de mars 1890.

Plusieurs de ses voisins et quelques personnes de sa propre famille souffraient de l'influenza à la même époque.

Il se plaignait de fortes douleurs dans le dos et à la tête (région surtout oculaire et sus-orbitaire); il avait des nausées et même des vomissements.

Pas de coryza, et au bout de quelques jours, l'affection disparaissant petit à petit semblait cesser pour faire place à un rhume de cerveau assez sérieux.

Ceci le laissa dans un état d'affaiblissement extrême, et les symptômes durèrent une quinzaine environ.

Le 16 mars, il fut prit de vomissements continuels, de douleurs lombaires aiguës, fièvre et céphalée.

Les deux premiers jours à partir du 16 courant, ses chevilles se mirent à enfler; vers le soir et le jour suivant, l'œdème envahit les jambes, les cuisses et l'abdomen; il urinait peu.

Appelé le 23 mars, je constate :

Elat actuel. — Les paupières sont bouffies, le visage est très pâle, langue large et molle, pouls plutôt faible, 60, température, 100°, 2, œdème des chevilles gardant l'empreinte du doigt, pas d'œdème apparent au-dessus des mollets, peau sèche et dure; soif intense, nausées, le malade n'a pas été à la selle depuis quatre jours.

Pas moyen d'avoir de ses urines.

24 mars. — Légère amélioration, peau moite, il a beaucoup transpiré; moins de nausées; il a rendu dans les dernières vingt-quatre heures 500 c. c. d'urine, uriné très acide, d'une densité de 1015, 1/8 d'albumine.

A l'examen microscopique on trouve quelques cylindres hyalins et quelques globules sanguins.

26 mars. — Sommeil meilleur; plus de céphalée ni douleurs lombaires; le malade ne vomit plus; gardes-robes suffisantes.

Urine des 24 heures, un litre environ, liquide acide, densité 1015, 1/16 d'albumine.

A l'examen microscopique plus de cylindres.

L'œdème a complètement disparu depuis le 24 mars.

Température normale, pouls plus fort, 68 ; la bouffissure de la face a disparu, le sujet est moins pâle.

29 mars. — Pouls fort, régulier ; il a uriné 1200 grammes d'urine claire, acide, densité 1020, traces d'albumine.

1^{er} avril. — Amélioration progressive ; il urine plus d'un litre et demi tous les jours.

L'analyse des urines donne des résultats pareils à ceux des jours précédents ; presque plus d'albumine.

Réflexions. — Un point curieux dans ce cas sont les antécédents héréditaires.

Sa grand'mère maternelle souffrait depuis de longues années de calculs rénaux et sa mère rendait de temps en temps des graviers.

Ceci nous permet d'expliquer l'accès de néphrite après l'influenza : faiblesse et prédisposition héréditaires.

Le traitement se résume en régime lacté, repos au lit et médication diurétique.

OBSERVATION IX

Observation Turache. Néphrite aiguë (Thèse Paris, 1891, p. 23).

L... Frédéric, 71 ans, journalier, entre le 26 janvier 1890, salle Vernois, à Necker, service de M. le professeur Dieulafoy, lit 16.

Ce vieillard déclare entrer à l'hôpital pour son oppression qui existerait depuis Noël environ, c'est-à-dire à peu près depuis cinq semaines. Elle aurait débuté assez brusquement, en pleine épidé-

mie de grippe, alors que cet homme en était atteint, ainsi que tous ceux qui vivaient avec lui.

Il raconte qu'il était, ces temps derniers encore, employé dans un collège, à cirer les chaussures, et comme tel forcé de monter plusieurs fois dans la journée de nombreux escaliers. Il n'était, malgré son âge, nullement fatigué de ce travail et il montait les étages sans s'arrêter. Depuis son influenza, au contraire, il est essoufflé et souvent il dut s'arrêter pour reprendre haleine.

Quelques jours après le début de cette oppression, le malade remarqua que ses urines étaient notablement moins abondantes. A la même époque, il y avait œdème de la face et des membres thoraciques, œdème des malléoles, quand le malade restait quelque temps debout, puis bientôt œdème étendu à la totalité des membres inférieurs et au scrotum.

Antécédents. — Nuls.

Evolution de la maladie. — Les choses persistèrent ainsi jusqu'à l'arrivée du malade à l'hôpital.

L'oppression est continue, sans exacerbations, et ne force pas le malade à garder la position assise.

La toux date du même moment que l'oppression et s'accompagne d'une expectoration muco-purulente non striée de sang.

A l'auscultation rendue difficile par annihilation du malade, on entend surtout à droite, des râles sonores et sibilants ; aux bases, un peu de congestion.

Cœur indemne.

Céphalée continuelle : pas de troubles de la vue, ni de douleurs des reins ; pas de pollakiurie, ni de doigt mort. Miction non pénible.

Le malade est mis au régime lacté absolu, et boit tous les jours un litre de tisane contenant 25 grammes de lactose.

L'état resta d'abord stationnaire, puis l'oppression s'accrut au point que le 8 février, on fit une saignée de 200 grammes au bras droit. L'oppression fut diminuée, le malade s'endormit aussitôt, mais le lendemain la respiration était presque aussi pénible que la veille.

Régime lacté.

Le 11 février. — Quatre lavements à 15 grammes de lactose chaque : il en garde trois ; râles sous-crépitaux aux deux bases ; un peu de souffle à gauche ; on craint une pneumonie ; 250 grammes d'urine.

Le 12. — Toujours très oppressé ; oxygène ; deux lavements qu'il garde ; 250 grammes d'urine.

Le 13. — Il garde trois lavements ; vers midi le malade fut oppressé d'une façon inquiétante : les inhalations d'oxygène le soulagent. Dans la journée, l'oppression diminue, mais reprend le soir ; 250 grammes d'urine.

Le 14. — 600 grammes d'urine.

Le 15. — 1050 grammes. On fait appliquer trois ventouses de chaque côté sur la région des reins, les douleurs y étant continues et assez vives. Les accès d'oppression ont diminué d'intensité à partir de ce jour. Lavement de lactose.

L'albumine ayant été dosée, on trouve 3 gr. 60. Ce chiffre ne subit que des variations insignifiantes malgré le traitement qui, en plus des lavements, comportait chaque jour une dose de 50 grammes de lactose dans la tisane. Pas de cylindres.

L'œdème généralisé, et toujours très accentué, ne diminue pas. Les jambes, très œdématisées, ne présentaient plus aucune forme anatomique : elles étaient absolument cylindriques.

Le malade meurt le 17 mars.

Examen anatomique. — Poumon gauche : quelques adhérences légères en arrière.

Poumon droit : plèvre costale, absolument adhérenté, se détache cependant; poumon refoulé contre la paroi.

Bronchite et emphysème des deux côtés; dilatation bronchique.

Périspénite avec épaissement de la capsule par places; pas de périhépatite; pas de calculs.

Cœur : hypertrophie concentrique du ventricule gauche sans dilatation; plaques laiteuses; pas d'insuffisance; pas d'adhérence de l'écorce, consistance normale; plaque d'athérome au niveau des nodules d'Arantius; plaques opalescentes mais peu épaisses à la mitrale; dilatation des coronaires. A la tricuspide, opalescence sans épaissement.

Reins granuleux; décortication assez facile; capsule un peu adhérente.

Rein gauche : 150 grammes.

Rein droit : 125 grammes; crie sous le couteau, pyramides totalement détruites; substance corticale diminuée.

OBSERVATION X

Observation de Hœhling (Med. News, 1890, Obs. I).

P..., lieutenant de marine, 22 ans, né en Irlande, a été admis à « United States Naval Hospital », le 25 février 1890, avec fièvre catarrhale qui avait débuté la veille avec des douleurs musculaires, nausées, anorexie, et une température de 103° F. et 90 pulsations.

A ce moment, l'épidémie d'influenza touchait à sa fin; le ma-

lade était traité en même temps pour une blennorrhagie, depuis le 11 février 1890.

A son arrivée à l'hôpital, il était très las, se plaignait d'un fort mal de tête et de douleurs musculaires dans le dos et dans les mollets ; ses yeux étaient rouges et humides ; les nausées et vomissements bilieux persistent avec une température de 101° à 2 h. p. m., de $101^{\circ},4$ à 6 h. p. m., et le pouls bat 100.

Poumon et cœur normaux ; ni toux, ni expectoration.

Traitement : sulfate de quinine.

26 février. — Pas d'amélioration ; temp. $102^{\circ},6$; persistance des nausées et des vomissements.

27 février. — Beaucoup plus mal ; pouls 96 ; temp. 102° ; il est très fatigué ; se plaint de nausées continuelles et des douleurs gastralgiques.

A 5 h. p. m., pouls 100 ; temp. 99° ; il est un peu mieux.

28 février. — A bien reposé la nuit par administration du chloral et de bromure de potassium ; temp. $99^{\circ},2$ le matin et $101^{\circ},2$ à 5 h. p. m.

1^{er} mars. — Temp. $98^{\circ},4$ à 8 h. a. m. ; $100^{\circ},6$ à la visite du soir ; le malade est mieux, on cesse les médications.

2 mars. — Température normale.

5 mars. — Il se lève. On lui ordonne une injection de résorcine pour sa blennorrhée.

9 mars. — L'écoulement urétral a cessé ; à 8 h. p. m., il se couche avec un frisson suivi d'une élévation de température.

10 mars. — Malade est mieux ; l'injection uréthrale est continuée.

11 mars. — Beaucoup plus mal ; frissons dans la nuit avec temp. $103^{\circ},2$.

12 mars. — Un peu mieux ; temp. $101^{\circ},2$ le matin et $101^{\circ},6$ à 4 h. p. m. ; les accès gastralgiques et les douleurs musculaires reviennent ; l'écoulement urétral a complètement cessé.

13 mars. — Temp. normale le matin, 102° le soir ; retour de l'écoulement urétral.

14 mars. — Temp. normale le matin, 100°,4 le soir ; se plaint de douleurs stomacales et une forte douleur dans la région lombaire droite ; langue sale.

15 mars. — Malade est mal ; temp. 100°, 104° le soir.

16 mars. — Temp. 100°, 103° le soir.

17 mars. — L'urine contient du sang, du pus et quelques cylindres ; *très albumineuse* ; temp. 101°, 103° le soir.

18 mars. — Mieux ; temp. normale le matin, 100° le soir.

20 mars. — Beaucoup mieux ; temp. normale.

24 mars. — L'urine est encore trouble ; contient du sang et des globules de pus, mais le malade est mieux.

31 mars. — Urine s'éclaircit ; densité faible.

3 avril. — Urine pâle ; densité 1011, contient un peu de sang et du mucus, mais plus de cylindres.

13 avril. — Urine plus claire ; densité 1016 ; malade est mieux.

22 avril. — Le malade est guéri.

Réflexions. — Comme dans le cas de Sympson (*The Lancet*, 10 mai 1890), il existe une complication dans cette observation. Son malade présentait dans ses antécédents des ancêtres ayant eu des calculs rénaux et la gravelle et le médecin suspectait « l'hérédité et la prédisposition » comme cause prédisposante de l'affection rénale consécutive à la grippe. Mon malade eut la gonorrhée qui a été traitée par le copahu et les injections.

Ces deux cas se ressemblent ; dans les deux cas « la grippe » semble avoir trouvé un nid favorable au développement de ses germes, dans des organes affaiblis préalablement par d'autres causes.

A un moment donné je pensai à une extension de la gonorrhée, mais le cas de Sympson et d'autres analogues me font croire que « la grippe » était au moins une des causes principales de la néphrite.

OBSERVATION XI

Gazette médicale de Paris, 4 octobre 1890.

Observation II par Fiessinger.

Jeune fille de 17 ans. Néphrite hémorrhagique. Anasarque. Mort le onzième jour entraînée par des accidents typhiques.

Mlle G..., âgée de 17 ans, prend la grippe à la fin de janvier 1890 et reste alitée trois jours, avec de l'insomnie, des maux de tête, et des douleurs dans les membres.

Huit jours après la guérison de la grippe, la céphalalgie frontale réapparaît et dure de quatre à cinq jours.

L'appétit reste languissant.

17 février. — Après avoir lavé du linge à une fontaine, la malade ressent des douleurs au creux épigastrique.

Elle tousse un peu, et pendant la toux se plaint de la tête. Des vomissements alimentaires et bilieux surviennent. La figure devient bouffie.

Néanmoins la malade sort encore le 17 février.

Le 21 février. — C'est la première fois que nous voyons Mlle G... Elle n'a pas rendu visite à Mme P... qui fait le sujet de l'observation précédente. Elle nous avoue que ses urines contiennent du sang depuis le 18 février. La face est bouffie ; on ne cons-

tate plus d'œdème des pieds. Pas de douleurs dans les reins ni d'envies fréquentes d'uriner. P. s. 118 ; T. s. 39°,4.

Les urines sont rares, fortement albumineuses et renferment des cylindres épithéliaux avec des globules blancs et des globules rouges déformés.

Prescription. — Régime lacté. Ventouses sèches sur les reins.

Le 22 février. — La malade a saigné du nez. L'urine ne renferme plus que de rares globules sanguins.

Le 23. — P. s. 132 ; T. s. 40°,2. La malade transpire et est très oppressée. L'auscultation ne révèle pas de râles dans les bronches. Les jambes et les mains sont œdématiées.

Prescription. — Trois sangsues de chaque côté des reins.

Toutes les trois heures un lavement de 250 grammes suivant la méthode de *Renault*.

Le 24. — La nuit est très agitée. Des douleurs sont accusées dans les reins et pendant la miction.

Les urines contiennent des cylindres granuleux en très grand nombre, des globules blancs, des globules rouges déformés et de microcoques. P. s. 136 ; T. s. 44°,1 ; R. s. 40°.

Dans la soirée, les douleurs des reins ont disparu.

L'oppression est vive. La malade ne vomit plus et n'a plus mal au creux épigastrique.

Les douleurs à la miction ont cédé immédiatement.

Sueurs. Pas de râles dans les bronches.

Prescription. — Inhalations d'oxygène, trois sangsues du côté des reins.

Le 25. — T. m. 40° ; T. s. 40°,8. Les vomissements n'ont pas reparu. Un délire léger se manifeste dans la nuit. La malade dort un quart d'heure.

Les urines qui sont plus abondantes ont repris leur couleur normale. Vers le soir l'oppression diminue.

Le 26. — T. m. 40°,2 ; T. s. 40°,3. La nuit est très agitée.

Le 27. — T. m. 40°,5. T. s. 41°,4. P. s. 134. Le délire est continu. Le ventre se ballonne. La rate est très hypertrophiée, (matité de 10 centimètres à la percussion). Le foie est douloureux. Sous l'action d'un lavement salin, il se produit une selle horriblement fétide composée, avec quelques matières dures de grumeaux faunes qui deviennent roses à la lumière. Malgré le délire, la malade nous reconnaît.

Mais à partir de notre visite, elle tombe dans la torpeur et meurt dans la nuit.

Les urines examinées le dernier jour donnaient environ 9 grammes à l'albuminimètre d'*Esbach*. La quantité d'albumine dépassait la dernière division de l'instrument qui marque 7 grammes.

OBSERVATION XII

Observation LIX du mémoire de Fiessinger.

Garçon de 16 ans. Diarrhée, néphrite aiguë. Blennorrhagie. Guérison le huitième jour.

L..., 16 ans. Depuis huit jours, il éprouve une sensation de froid, manque d'appétit, dort mal la nuit. Le 18 mars il se couche, éprouve des vertiges; mal de tête frontal, pas de douleur dans les membres. Douleurs dans le côté droit.

19 mars. — T. m. 40°,7. P. m. 120.

T. s. 40°,3. P. s. 120.

Langue blanche, une selle involontaire diarrhéique. Toux sèche sans râles.

20 mars. — T. m. 38°,9. P. s. 96.

T. s. 40°,1. P. s. 100.

Quatre selles diarrhéiques fétides. Cinq ascarides dans les selles.

21 mars. — T. m. 37°,6. P. m. 100.

T. s. 40°,1. P. s. 96.

Douleur vague dans le côté droit, non exagérée par la toux et la pression, ventre ballonné.

Les urines sont sanglantes. Au microscope, on découvre quelques globules sanguins déformés et quelques cylindres épithéliaux.

Régime lacté.

22 mars. — T. m. 39°,3. P. m. 100.

T. s. 40°,5. P. s. 102.

Le malade a uriné environ un litre d'une urine sanglante. Nuit très agitée, trois selles diarrhéiques. Rougeur au sacrum.

23 mars. — T. m. 40°,3. P. m. 100.

T. s. 40°,5. P. s. 102.

24 mars. — T. m. 39°,8. P. m. 96.

T. s. 40°,5. P. s. 106.

Nuit agitée. Les urines ne sont plus sanglantes mais renferment toujours de l'albumine, une selle spontanée moulée. Sueurs. Râles sous-crépitaux aux deux bases.

25 mars. — T. m. 38°,4. P. m. 88.

T. s. 37°,4. P. s. 76.

L'albumine a disparu le 20 mars, les vomissements alimentaires disparaissent par le régime lacté et l'eau de Vichy. Guérison.

OBSERVATION XIII

Tuvache, Thèse de Paris, 1891.

Grippe, épistaxis, purpura brightique.

V... Claude, 45 ans, cocher, entré dans le service le 30 avril 1890, sorti le 21 mai 1890.

Cet homme entre à l'hôpital pour des épistaxis qu'il a depuis trois mois. Cet accident se produit cinq à six fois par jour. Les deux premiers mois c'était un filet de sang, aujourd'hui le sang s'écoule goutte à goutte chaque fois pendant trois quatre minutes.

Le malade a ces accidents pour la première fois.

Les épistaxis, autrefois assez abondantes — le malade les évalue à un crachoir par jour — sont aujourd'hui très diminuées. Néanmoins cette quantité de sang perdue a rendu le malade un peu anémique, son corps est d'une coloration pâle, cirreuse, les ongles et les conjonctives sont à peine teintées, les mains autrefois rouges sont blanches.

Quelquefois bourdonnements d'oreilles, à chaque instant étourdissements qui forcent le malade à se tenir aux objets voisins, il est même obligé de descendre de son siège.

Tout travail est impossible, le malade n'a aucune force et les mouvements qu'il fait rappellent les hémorrhagies.

Les pommettes sont recouvertes de purpura, celui-ci se voit aussi sur les lèvres, le bord de la langue et l'index droit, il s'est produit sans attirer l'attention du malade : il faut remarquer d'ailleurs qu'il y a aujourd'hui, sur l'index gauche, des taches qui n'existaient pas

hier, jamais le purpura ne s'est montré ailleurs. Ce purpura existe depuis la même époque que les épistaxis : il a débuté par les lèvres et a ensuite envahi les joues, quant aux mains elles n'ont été prises qu'au moment de l'entrée dans le service.

A quelle époque remontent ces hémorrhagies ?

Le malade avait la grippe pendant le mois de décembre, et c'est à la suite de la toux que les épistaxis commencèrent : cette toux revenait par quintes, surtout pendant la nuit ; pas de sang dans l'expectoration, pas de céphalalgie.

Le malade fut obligé de rester huit jours chez lui sans être alité, mais à cause d'une faiblesse extrême, d'une lassitude générale qui empêchait tout travail.

Il y a 20 ans, fièvre intermittente, palustre (Afrique), pendant six semaines et qui n'a jamais reparu.

Pas d'autres maladies, pas d'alcoolisme, pas d'antécédents héréditaires, pas de rhumatismes.

Depuis trois-quatre mois c'est à dire depuis janvier-février, le malade se plaint d'uriner plus souvent qu'autrefois, d'avoir très souvent froid aux pieds. Après sa maladie de décembre apparurent des crampes, forçant le malade à se lever la nuit pour les faire disparaître. Depuis la même époque soubresauts le réveillant la nuit.

Pas d'œdème des jambes ni des paupières, la vue s'est affaiblie l'ouïe n'a rien.

Assez souvent, depuis le début des épistaxis, engourdissement du bout des doigts de la main droite qui deviennent blancs et insensibles.

Tous ces petits accidents de brightisme sont donc apparus depuis le début des épistaxis consécutivement à la grippe.

L'analyse des urines ne donne rien.

OBSERVATION XIV

Observation XXIII du mémoire de Fiessinger.

Fillette de trois ans. — Bronchite. — Guérison le dix-septième jour. — Récidive. Néphrite, anasarque et guérison définitive le quarantième jour.

L'enfant Va., âgée de 3 ans, a eu la varicelle en novembre, elle est retombée malade le 20 décembre 1888. Mal de tête mal, de ventre, toux quinteuse, douleur dans le côté gauche pendant les quintes de toux.

22 décembre. — Râles humides, disséminés dans le poumon gauche en arrière et en avant. Pas de respiration souflée ni de diarrhée.

9 janvier. — Nuit très agitée. Deux selles diarrhéiques ; ventre ballonné.

11 janvier. — Douleurs dans les cuisses et les pieds, les paupières sont boursouflées, les joues sont bouffies. Œdème aux pieds et dans les lombes. L'urine contient des quantités notables d'albumine avec cylindres épithéliaux. Régime lacté. Enveloppement dans la ouate.

12 janvier. — Nausées. Ventre douloureux et ballonné.

13 janvier. — L'enflure est moins forte.

14 janvier. — Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine. L'enflure a disparu.

17 janvier. — Mal de tête toute la nuit.

19 janvier. — L'enfant a saigné du nez. Râles humides aux bases. Sibilances disséminées.

25 janvier. — Sueurs abondantes à la figure.

26 janvier. — Epistaxis. Sueur à la tête. L'enfant se plaint du ventre.

28 janvier. — La nuit a été très bonne. Guérison.

OBSERVATION XV (résumée).

(Observation LII du mémoire de Fiessinger).

Garçon de 8 ans. — Angine. — Mal de Bright aigu. — La fièvre tombe le quatrième jour. Guérison complète en seize jours.

Ed.. P..., 8 ans, est atteint, depuis le 9 février, d'une angine amygdalienne avec gonflement à l'angle de la mâchoire droite, Inappétence, mal de tête frontal, constipation, abattement, épistaxis abondantes, rien aux poumons.

10 février. — Râles ronflants dans les bronches. Selles involontaires, diarrhéïques pendant la toux qui est rauque.

12 février. — Bouffissure de la face, toux sans expectoration, les urines contiennent de l'albumine et des cylindres épithéliaux, régime lacté, repos au lit.

20 février. — Albumine, 50 centigrammes (tube d'Esbach).

26 février. — L'albumine a disparu, l'enfant recommence à se nourrir. Guérison complète.

Observations du Dr Diard sur la néphrite grippale.

OBSERVATION XVI

Femme Th..., 20 ans, anémique. Influenza très violente ; phlegmatia alba dolens du membre inférieur droit, urine albumineuse. Amélioration, puis rechute par l'abandon prématuré du traitement ; la phlébite s'étend à tout le membre droit et envahit le gauche. Reprise du traitement ; guérison.

OBSERVATION XVII

Femme C..., 45 ans. Bonne constitution. Influenza le 28 décembre 1891, albuminurie, amélioration le 31 décembre par le régime lacté, les diurétiques, etc.

OBSERVATION XVIII

Abbé B..., 74 ans. Artério-sclérose, athérome. Le 6 février 1892, fièvre, toux, cyanose, dyspnée, expectoration de crachats visqueux, cruentés, sueurs profuses, arythmie cardiaque, température élevée, urine albumineuse.

(Injections de caféine et benzoate de soude, ventouses scarifiées ; à l'intérieur : trinitrine bromhydrate de quinine, noix vomique, lait). Diminution des accidents parallèlement à celle de l'albuminurie.

Sous l'influence du bromure de strontium celle-ci était en disparition, mais une indigestion l'a ramenée à un taux élevé. Néanmoins le malade reprit sa voie habituelle.

OBSERVATION XIX

Femme Br..., 65 ans. Bronchite chronique, emphysème pulmonaire, influenza, urine albumineuse ; guérison.

OBSERVATION XX

Par..., 52 ans. 19 avril 1892, douleur abdominale qui va en augmentant. Applications calmantes sur l'épigastre (codéine, cannabis, chloroforme). La douleur se calme, mais reparait le lendemain pour céder le 21. Pas de sommeil ; langue sale, lassitude, malaise. Hypothermie (36°,5). Est-ce un embarras gastrique simple a *frigore* ? Un accès avorté de colique hépatique. Une gastralgie toxinémique ? L'urine est albumineuse ; c'est la grippe.

OBSERVATION XXI

Am..., 51 ans, céphalalgie, nausées, défaillance générale, fièvre; langue saburrale. Est-ce une fièvre paludéenne larvée? Non c'est de l'influenza, l'urine est albumineuse.

OBSERVATION XXII

F. Dor..., 56 ans, dyspeptique. Ictus céphalalgique, vertiges, nausées. Le moindre déplacement redoublerait les céphalées et les vertiges. Langue un peu sale, fièvre modérée, plus intense la nuit. La fièvre intermittente est commune en cet endroit. Est-ce une fièvre larvée. L'albumine dans l'urine répond : Non.

OBSERVATION XXIII

Mlle R..., 28 ans, refroidissement pendant quelques instants. Dans la nuit, mal de gorge : la malade paraît atteinte d'angine hépatique. L'urine est albumineuse. C'était de l'influenza.

OBSERVATION XXIV

En février dernier je suis atteint d'un catarrhe de la pituitaire. Phosphaturie très prononcée, repos, antiseptie et douches nasales. Diminution de la toux, mais augmentation de la fatigue. L'urine ne présente plus de phosphates, mais est franchement albumineuse. Régime lacté, mixte, etc. Disparition progressive des symptômes pénibles parallèle à celle de l'albumine. L'examen de l'urine en dépistant *ab ovo* cette grippe n'a-t-il pas permis de parer aux accidents du molimen grippal.

OBSERVATION XXV

J... Enfant de 11 mois, allaité au sein, vers le 15 avril, accidents fébriles intermittents, puis continus avec toux. Auscultation négative. Albumine dans l'urine, je conclus à l'influenza.

OBSERVATION XXVI

Desf..., 50 ans. Commémoratifs : influenza suivie de déchéance prolongée des forces. Dans ces derniers temps, comme il toussait, vésicatoires. Délire, rien à l'auscultation, urines rares et offrant

absolument les mêmes caractères que celles notées dans mon observation IV. Pas de fièvre. Enlèvement des restes d'emplâtre cantharidien. Régime lacté. Stigmates de maïs. Hyposulfite de soude. Dès le lendemain disparition du délire et de l'agitation, diminution de l'albumine. Malheureusement a cessé trop tôt son traitement ; nouveaux troubles urémiques.

OBSERVATION XXVII

F. D... Victime aussi d'applications cantharidiennes intempestives au cours d'une soi-disant fluxion de poitrine qui était de la grippe.

Résultat : Erysipèle, cystite aiguë, albuminurie intense. Sous l'influence du régime lacté et de l'antisepsie, guérison rapide.

Les cantharides peuvent être beaucoup plus nuisibles. Sans aller plus loin, dans mon observation I, au lieu du vésicatoire (dont l'effet a précédé de si peu le coma), si on avait eu recours à d'autres révulsifs exempts de danger pour le rein et si on avait insisté sur les injections sous-cutanées de caféine et même de pilocarpine, qui sait si le malade ne serait pas heureusement sorti de cette crise ? Au moment de l'application du sparadrap, son cœur battait bien et la bronchoplégie était loin d'être aussi marquée que dans mes observations IV et V. Dans mes observations inédites, j'ai plusieurs vieillards ayant dépassé quatre vingts ans qui ont, malgré les troubles cardio-pulmonaires très graves, guéri sans autre révulsion que des applications térébenthinées par l'emploi résolu du lait et de la strychnine. D'autres fois, dans les formes asthéniques, lorsque l'entourage du malade, sous-prétexte de relever ses forces, l'empoisonne avec le bouillon, les œufs, et

le jus de viande, alors qu'il est si difficile de faire accepter le lait, quel précieux argument que de pouvoir faire toucher du regard les résultats de l'un et de l'autre régime.

Il y a certainement un lien entre les manifestations infectieuses si diverses de la grippe ; l'étude bactériologique de la néphrite qui les accompagne aiderait probablement à la trouver.

La grippe épidémique, dans tous les cas que j'ai observés depuis un an, était donc constamment accompagnée de troubles de la ponction rénale dont l'albuminurie est de beaucoup le principal, au point que je puis la considérer comme constante. Cette albuminurie était précoce. Dans la grande majorité des cas, la marche des accidents lui a été parallèle, ceux-ci disparaissant avec elle et ne lui survivant guère. Elle a atteint tous les âges : l'enfant, l'adulte et le vieillard.

La constatation de cette néphrite constitue un élément de diagnostic important dans cette affection protéiforme, et a exercé une influence heureuse sur le traitement en faisant d'une part éviter les médications dangereuses, de l'autre, appliquer avec précision les ressources de la thérapeutique.

OBSERVATION XXVIII

Observation de Hochling (*Med. News*, 1890, p. 46).

Un lieutenant de vaisseau (sur U. S. Navy) est admis à « United States Naval Hospital » le 28 février 1890 avec le diagnostic « albuminurie ».

L'observation nous apprend que l'albumine a été constatée pour

la première fois vers la fin du mois de décembre 1889 et au commencement du mois de janvier 1890 ; cette constatation a été faite consécutivement à une attaque d'influenza.

A l'examen microscopique quelques cylindres épithéliaux : l'urine renferme $\frac{1}{4}$ d'albumine ; en outre il persiste des symptômes de bronchite, la toux, les extrémités sont froides, etc.

Le malade est atteint d'une diathèse goutteuse, il est sujet aux douleurs rhumatismales, et de temps en temps il a de l'œdème aux pieds.

Le 16 mars. — L'examen de son urine révèle une très légère trace d'albumine, des cylindres hyalins et granuleux, densité 1016, et la réaction est acide.

Il se sent mieux et demande à sortir ; il revint le jour même plus fatigué que les jours précédents.

Le 2 mai. — Il demande un congé, son urine est encore albumineuse et renferme des cylindres.

Le 17 mai. — J'ai reçu une lettre de sa part dans laquelle il regrettait de ne pas avoir suivi le régime lacté, qu'il n'était pas trop bien, et qu'il avait plus d'albumine que lors de son séjour à l'hôpital.

OBSERVATION XXIX (personnelle).

Grippe légère. Néphrite subaiguë.

Le nommé B..., âgé de 38 ans, charretier, très robuste, entre le 2 avril 1894, salle Bazin, hôpital Cochin, dans le service de M. Juhel-Rénoy.

La veille il avait été pris de quelques troubles qui dans leur ensemble rappellent la grippe.

Le jour de son entrée il se plaint de courbature générale, cépha-

lée temporale, douleurs lombaires et généralisées très intenses, légère angine.

Léger embarras gastrique avec inappétence relative, langue saburrale, le malade est plutôt constipé.

A l'examen des poumons des râles sous-crépitants aux deux bases ; rien au cœur.

Pouls régulier fort ; température 38°.

Les urines légèrement foncées ne présentent rien d'anormal.

Comme antécédents, nous avons relevé une fièvre typhoïde que le malade a contracté au régiment.

Cette grippe a suivi son cours normal ; le régime lacté, un peu de quinine et des ventouses sèches en arrière de la poitrine comme traitement.

Le 9 avril. — Il demande son exeat ; il est tout à fait guéri.

Le 12 avril (trois jours après sa sortie) il nous revient à la consultation avec de l'œdème des membres inférieurs jusqu'à la racine des cuisses, de l'œdème du scrotum et du prépuce.

Le lendemain de son entrée, l'anasarque est généralisé.

L'attention attirée vers les urines nous fait constater une diminution considérable des urines, 450 grammes dans les 24 heures du 11 avril, urine très colorée, densité 1015, renferme 7 grammes d'albumine par litre (procédé Esbach) ; l'examen microscopique y décèle une quantité de cylindres épithéliaux.

Nous l'interrogeons, et il nous dit ne pas être sorti de chez lui pendant cet intervalle de temps ; il n'a fait aucun excès.

Rien d'anormal au cœur ; les poumons légèrement congestionnés aux bases.

Comme traitement, le régime lacté absolu et du lactate de strontium.

L'œdème a disparu peu à peu ; l'albumine diminue également, et le 2 mai, le malade quitte l'hôpital, n'ayant plus que 0, 50 centigrammes d'albumine par litre.

Nous l'avons revu depuis, à plusieurs reprises ; il a gardé son albuminurie.

OBSERVATION XXX

Un cas d'albuminurie intermittente consécutive à une néphrite grippale, par
Lecorché et Talamon (*Méd. moderne*, 8 septembre 1892).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, de complexion délicate, mais bien portante habituellement et n'ayant fait aucune maladie sérieuse, réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. En mars 1891, elle est atteinte d'une grippe assez intense, mais sans complication apparente. La convalescence est traînante : la malade se remet difficilement et reste pâle et languissante.

En présence de cette faiblesse persistante que rien n'explique, du côté du cœur ou des poumons, on examine, au mois de juillet, les urines qui sont trouvées fortement albumineuses ; l'analyse donne 2 gr. 50 d'albumine par litre, avec une quantité d'urine normale, 1200 à 1500 centimètres cubes par 24 heures.

La malade est mise au régime lacté exclusif qu'elle continue jusqu'au mois d'octobre. L'albuminurie diminue peu à peu.

A la fin de septembre, elle n'existe plus qu'à l'état de traces ; mais, au commencement d'octobre, survient une angine herpétique fébrile qui fait remonter à 1 gramme pour 1000 le chiffre de l'albumine pendant quelques jours. Puis l'albumine baisse de nouveau et devient intermittente.

A dater du milieu d'octobre, on substitue au régime lacté exclusif un régime mixte moins sévère, un litre à un litre et demi de lait

par jour, des viandes blanches, du poisson, des légumes. Les médicaments employés ont été alternativement l'acide gallique, le tanin, l'iodure de fer, le perchlorure de fer. On a fait aussi, à plusieurs reprises, des applications de pointes de feu sur la région lombaire.

Cette jeune fille est toujours pâle et anémiée ; mais jamais elle n'a présenté la moindre trace d'œdème ; le pouls est normal ; il n'y a aucune apparence d'hypertrophie cardiaque. La quantité d'urine rendue dans les 24 heures varie entre 1400 et 1600 centimètres cubes ; la densité est de 1012 à 1015. La quantité d'urée est en moyenne de 14 grammes par litre.

Du mois d'octobre au mois de mai 1892, la mère a fait régulièrement et presque tous les jours, quatre fois par jour, l'analyse de l'urine par la chaleur et le réactif de Tanret. Chaque fois que l'albumine paraissait plus abondante, la quantité était dosée par la pesée.

L'urine était recueillie toujours aux mêmes heures, le matin au réveil, à midi après déjeuner, à 4 ou 5 heures dans l'après-midi, et enfin, le soir avant le coucher.

Il a été fait ainsi, d'octobre à mai, 668 analyses d'urine, sur lesquelles 433 fois on n'a pas trouvé d'albumine, 150 fois on en a trouvé des traces, et 85 fois des quantités notables, qui ont été dosées une quarantaine de fois.

Voici, réparti par mois, le détail de ces analyses.

Nous disons « traces d'albumine » quand la chaleur et le réactif ne donnent qu'un nuage opalescent peu prononcé ; « albumine notable », quand le trouble est bien marqué ou quand le dosage est pratiqué.

Mois	Nombre des analyses	Albumine notable	Traces d'albumine	Pas d'albu- mine
Oct.-Novembre....	72	6	9	57
Décembre.....	108	9	9	90
Janvier.....	112	27	10	75
Février.....	108	11	27	70
Mars.....	116	6	11	74
Avril.....	105	22	36	43
Mai.....	48	4	39	24
			20	
Total	668	85	150	433

En somme sur 668 analyses, on a trouvé 235 fois de l'albumine en petite quantité ou en quantité notable, et 433 fois on n'en n'a pas trouvé. C'est donc bien un cas d'albuminurie qui de continue, est devenue intermittente, en même temps que de moyennement abondante, 2 gr. 50 pour 1000, elle devenait minima.

Maintenant voyons comment s'est répartie cette intermittence aux divers moments de la journée.

	Albumine notable	Traces d'albumine	Pas d'albu- mine
Réveil.....	3	20	144
Après déjeuner.....	46	53	68
5 heures après midi.....	16	31	120
Avant le coucher.....	20	46	101

Si pour faciliter la comparaison, on rapporte ces différents chiffres à 100, on voit que le nombre d'examen où l'on a constaté la présence de l'albumine à l'état de traces ou en quantité notable est :

Au réveil, de 14 pour 100 ; dans l'après-midi avant le dîner, de 29 pour 100 ; le soir après dîner, de 40 pour 100, et à midi après le déjeuner de 40 pour 100.

Ce qui ressort en premier lieu de ce tableau, c'est que l'intermittence n'a rien de régulier, ni de cyclique, comme elle peut se trouver dans l'urine à tous les moments de la journée.

En deuxième lieu, cette intermittence obéit cependant à certaines règles ; c'est ainsi que l'albumine fait défaut dans l'urine beaucoup plus souvent à certaines heures qu'à d'autres, 86 fois pour 100 dans l'urine au réveil, 71 fois pour 100 dans l'urine de l'après-midi avant le dîner, 60 fois pour 100 dans l'urine du soir après le dîner et 40 fois pour 100 seulement dans l'urine de midi après déjeuner. Ce qui revient à dire que l'albuminurie manque surtout dans l'urine du jeûne et s'observe de préférence dans l'urine rendue après les repas. La conclusion est plus frappante.

Si on réunit d'une part les examens faits après les repas du matin et du soir, et de l'autre, les examens faits au réveil et avant le dîner. Dans le premier groupe, on trouve de l'albumine dans la proportion de 50 pour 100 seulement.

Les résultats sont les mêmes, si l'on ne tient compte que des examens où l'albumine a été trouvée en quantité notable et dosable sur 85 examens de ce genre, 66 appartiennent à l'urine rendue après le repas, et 19 seulement à l'urine du réveil ou de l'après-midi.

Or nous avons montré dans notre *Traité de l'albuminurie* que, chez les brightiques, les variations d'urine de l'albuminurie présentent les oscillations suivantes. Suivant la quantité maxima d'albumine est rendue pendant les heures qui suivent le déjeuner, jusqu'à 4 heures du soir ; elle tombe alors de moitié pour remonter progressivement et atteindre un second maximum pendant la nuit ; la quantité minima se trouve dans l'urine du réveil de 6 heures à 10 heures du matin.

Il n'y a donc aucune différence entre les variations de l'albuminurie dite intermittente et les oscillations diurnes de l'albuminurie ordinaire, liée aux lésions graves et profondes du rein.

Maintenant voyons l'influence d'un malaise intercurrent, fébrile, sur la marche de cette albuminurie intermittente. Le 15 avril, à la fin de ses règles, la jeune fille prend un refroidissement avec légère courbature et petit mouvement fébrile qui dure 3 à 4 jours. Voici le détail des analyses : nous désignons par A, l'albumine

Dates	Réveil	Après déjeuner	5 heures après midi	Avant le coucher
15 avril.	0	A	0	
16 —	0	1 gr.	a	a
17 —	0	0 gr. 25	a	0
18 —	a	0 gr. 75	0 25	0 50
19 —	0	a	0	0
20 —	0	1 gr. 25	A	A
21 —	a	a	a	a
22 —	0	0 gr. 20	a	A
23 —	0	0 gr. 35	a	a
24 —	0	a	0	a
25 —	0	0 gr. 20	0	A
26 —	A	0 gr. 40	a	a
27 —	0	0	0	0
28 —	0	0 gr. 35	A	A
29 —	0	A	0	a
30 —	0	a	a	0

notable ; par a les traces d'albumine et par 0 l'absence d'albumine.

Ce tableau, comme on le voit, ne fait que confirmer ce que nous venons de dire.

Pendant cette véritable poussée albuminurique aiguë consécutive à un refroidissement, l'intermittence a été beaucoup moins prononcée.

Sur 64 examens d'urines, 40 donnent un résultat positif et 24 seulement un résultat négatif, soit 62 pour 100 d'urines albumi-

neuses au lieu de 32 pour 100, proportion donnée par les 604 autres analyses. La proportion des urines albumineuses est donc doublée ; l'albuminurie tend à devenir continue ; et, de fait, elle le devient à certains jours, le 18, le 24 le 26.

D'autre part, dans chaque série, sur 17 analyses, on trouve l'urine albumineuse ; au réveil 3 fois ; après déjeuner 15 fois : dans l'après-midi, 10 fois ; le soir, 12 fois ; c'est-à-dire qu'elle est presque constamment albumineuse après les repas 27 fois, sur 32.

Enfin les fortes proportions d'albumine, albumine notable ou dosée, s'observent toujours après le déjeuner, 11 fois sur 16, tandis qu'on ne les constate que six fois dans la soirée, trois fois dans l'après-midi, et une fois au réveil.

Sous l'influence d'un refroidissement, il s'est donc produit ici ce qui se produit dans toute néphrite chronique : il y a eu augmentation de la quantité d'albumine rendue, et, en même temps que l'albuminurie augmentait, le nombre des examens où l'analyse de l'urine était négative, diminuait. En même temps que la proportion d'albumine s'accroît, l'albuminurie tend donc à devenir continue ; ce qui nous paraît bien montrer que l'intermittence n'est due qu'à la diminution minima de l'albumine excrétée.

Quant à l'origine grippale de cette albuminurie, elle ne nous semble guère discutable.

Cette jeune fille n'a eu d'autre maladie aiguë que la grippe, et c'est dans la convalescence de cette affection que l'albuminurie a été constatée.

Or, les dernières épidémies d'influenza ont montré que la grippe agit sur les reins à la manière de toutes les maladies aiguës parasitaires ; avec ou sans complications pulmonaires, elle peut déterminer : 1° une albuminurie passagère fébrile, pendant la période d'état ; 2° au délire ou dans la convalescence des néphrites aiguës hémorrhagiques ou albumineuses, avec ou sans anasarque, ces néphrites guérissant rapidement ou passant à l'état subai-

gu ; 3° sur des reins antérieurement atteints de lésions brightiques, des poussées inflammatoires aiguës plus ou moins intenses et prolongées.

Chez notre malade le début précis de l'albuminurie a échappé faute d'un examen méthodique de l'urine ; ce n'est que trois mois après l'attaque de grippe, qu'en présence d'une anémie et d'une faiblesse persistantes, l'urine a été analysée et qu'on y a trouvé de l'albumine à la dose de 2 gr. 50 par litre. Mais en dehors de la grippe on ne voit à quoi on pourrait rattacher cette albuminurie abondante et continue, qui n'est devenue intermittente qu'au bout de sept à huit mois.

OBSERVATION XXXI

Grippe. Néphrite chronique consécutive, mort par urémie. Th. Vignerot, 1890.

Claude G..., 33 ans, forgeron, entré le 1^{er} avril 1890, salle Bichat, hôpital Saint-Antoine.

Il y a 10 ans, cet homme étant au régiment a eu une bronchite aiguë pour laquelle il passa environ un mois à l'hôpital. C'est là tout ce que nous trouvons comme antécédents personnels.

Après sa sortie du régiment il reprit sa profession de forgeron et resta toujours robuste et bien portant.

Le 15 janvier 1890. — Il fut atteint par la grippe, il éprouva brusquement des frissons, de la fièvre, des douleurs de tête intenses, en même temps qu'un affaiblissement considérable des membres inférieurs. Il resta environ huit jours au lit, souffrant surtout

de douleurs dans la tête et au niveau de la région lombaire, puis au bout de ce temps il reprit son travail sans être tout à fait rétabli. Les forces avaient considérablement diminué.

Vers le 10 mars le malade remarqua que ses jambes étaient un peu enflées, la quantité d'urine, dit-il, était à peu près normale. Le 19 mars, il se vit obligé de reprendre le lit, l'œdème des jambes avait en partie disparu, mais les douleurs rénales étaient toujours très vives.

Le 1^{er} avril, voyant que son état ne s'améliorait pas, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on trouve le malade pâle, très affaibli : il ne peut se lever pendant un certain temps sans éprouver de la faiblesse dans les membres inférieurs. On ne constate pas d'œdème de la face ni des membres. La quantité d'urine rendue en 24 heures est d'un litre et demi, le malade est obligé de se lever deux fois par nuit pour uriner. On constate 5 grammes d'albumine par litre ; la région lombaire est toujours douloureuse.

On ne trouve rien au cœur ni au poumon.

Il est soumis au régime lacté.

Les jours suivants, le même état persiste, mais bientôt on voit un léger œdème des jambes apparaître de nouveau ; puis, de temps en temps, le malade éprouve des troubles visuels. L'albumine se maintient à peu près constamment à 5 grammes par litre.

Aux troubles visuels viennent en outre s'ajouter des troubles de la mémoire et de l'intelligence.

Le malade a des absences, parfois il est en proie à des hallucinations ; à de véritables accès de folie.

Le 2 mai. — Le malade meurt dans le coma urémique.

D'après cette observation, il semble naturel de rattacher à la grippe la lésion rénale, et de conclure à la possibilité du passage de la néphrite grippale à l'état chronique.

OBSERVATION XXXII

Grippe. — Néphrite chronique consécutive (Th. Vignerot, 1890).

H... Antoine, bijoutier, 31 ans, entré le 7 août 1890, salle Littré, hôpital Saint-Antoine.

Ce malade dit avoir eu une fièvre typhoïde dans sa jeunesse : il resta toujours bien portant à la suite de cette affection et ne présenta jamais aucun symptôme pouvant faire soupçonner une altération rénale.

Pas d'alcoolisme.

Au mois de février 1890 il fut atteint par la grippe. Après s'être soigné chez lui pendant une huitaine de jours, il reprit son travail, mais, dit-il, sa santé ne se rétablit jamais complètement à partir de cette époque, et il vit apparaître en dehors de toute affection vésicale ou uréthrale des troubles de la sécrétion urinaire.

Les urines devinrent foncées, couleur de bouillon, leur quantité augmenta notablement.

Au mois de mai, les urines devinrent encore plus foncées, un peu rougeâtres, leur quantité diminua. Il n'y eut pas à cette époque d'œdème suffisant pour attirer l'attention du malade.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital sa faiblesse augmenta, puis il fut pris de vomissements en même temps qu'il vit apparaître un œdème considérable des membres inférieurs. Le malade ne put rattacher lui-même ces symptômes à aucune cause appréciable, il n'eut pas le moindre refroidissement.

Le 7 août, il se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment on constate un œdème très considérable, mou et blanc, des membres inférieurs, remontant jusqu'à la racine des cuisses. La face est très pâle, légère bouffissure des paupières.

La région lombaire est douloureuse à la pression.

On constate au niveau du cœur un bruit de galop très net.

Les urines sont foncées, la quantité d'albumine est très considérable.

Le malade urine moins d'un litre en 24 heures.

Le 9. — On constate une infiltration considérable des bourses.
Température 36°.

Pendant tout le mois d'août l'état du malade reste à peu près stationnaire.

Albuminurie considérable. Le traitement n'amène aucune amélioration.

2 septembre. — Le malade a pour la première fois une attaque d'urémie convulsive.

L'œdème a gagné l'abdomen et les membres supérieurs.

4 septembre. — Dyspnée considérable, râles nombreux dans la poitrine. L'albumine est toujours très abondante.

Le 12. — Le malade vomit plusieurs fois dans la journée.

Le 21. — Nouvelle attaque d'urémie convulsive.

Le 22. — Mort du malade à la suite d'une troisième attaque d'urémie. A l'autopsie on trouve deux gros reins blancs.

La grippe nous semble bien dans ce cas avoir été le point de départ de la néphrite infectieuse qui a fini par passer à l'état chronique.

OBSERVATION XXXIV

Tuvache. Thèse de Paris, 1891.

Néphrite scarlatine: se poussée sous l'influence de l'influenza. — Urémie gastro-intestinale. — Mort.

C..., 20 ans, garçon de café, entre le 20 avril 1890, salle Vernon, lit n° 6, service de M. le professeur Dieulafoy, à l'hôpital Necker.

Motifs d'entrée. — Entré à l'hôpital parce qu'il a des maux de tête et qu'il vomit toute nourriture. Céphalalgie continuelle violente surtout le soir siégeant à la région frontale. Les vomissements portent sur les liquides comme sur les solides et se montrent à tous les repas presque immédiatement après l'ingestion.

Antécédents. — Avant cette époque cet homme était pris de migraine une ou deux fois par mois, il vomissait en même temps.

Scarlatine en novembre 1888 très bénigne, n'est pas soigné et n'est resté au lit que pendant trois jours, le malade reprend son travail, mais ses jambes enflent, l'œdème débute aux malléoles et aux paupières et bientôt se généralise (anasarque). Il est mis au régime lacté, puis il entre à Necker en février 1889, à cette époque il avait de 2 grammes à 8 grammes d'albumine, il en sort en août 1889 très amélioré, il n'avait plus que entre 25 et 50 centigrammes d'albumine.

Il reprend son travail et le continue jusqu'à il y a quinze jours. Pendant la période d'août 1889 à avril 1890, rien à noter sauf l'influenza au commencement de janvier. Il fut dix jours très malade, mais à cette époque il n'a pas analysé ses urines.

Depuis cette époque, les céphalalgies sont devenues plus fré-

quentes, les petits signes de brightisme existent depuis la scarlatine : crampes dans le mollet ; il mouche des filets de sang au réveil ; bourdonnements d'oreilles surtout à gauche, pas de doigt mort ; habituellement très sensible au froid, mais pas de cryesthésie proprement dite ; douleur dans les reins de temps en temps : pas de démangeaisons sur le corps, la vue est très trouble depuis quelques jours.

Urines : 3 avril, quantité deux litres, autrefois il y en a jusqu'à quatre litres. Albumine 2 grammes.

Pollakyurie. Se lève plusieurs fois la nuit.

Région lombaire et palper de la fosse iliaque douloureuse.

Cœur : Souffle au premier temps à la pointe, insuffisance mitrale à la base, souffle rentrant très perceptible dans le sternum. Ce souffle présente le timbre d'un pialement, insuffisance aortique.

Pouls. — Sans caractère, mais plutôt bondissant, sans être toutefois le pouls de Corrigan. Radiale dure, non moniliforme. Pas de pouls capillaire (front, voile de palais onglé).

Poumons. — Râles ronflants et sibilants disséminés.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans. Scarlatine, il y a deux ans. Influenza en 1890.

Évolution de la maladie. — Régime lacté absolu.

4	avril.	—	2 litres d'urine.	Albumine.	1 gr. 75
5	»	3	»	»	1 75
6	»	3	»	»	1 50
7	»	2,800	»	»	1 25
8	»	600 gr.	»	»	1 50
9	»	400	»	»	2
10	»	400	»	»	3
11	»	500	»	»	3 50
12	»	500	»	»	2 50

Du 6 au 12, l'état s'aggrave, ainsi que le prouve ce tableau de dosage de l'albumine. Vomissements continuels dès qu'il boit. Oligurie le 13 avril, 500 grammes d'urines, albumine, 4 gr. 50.

On le sonde le 13 avril au soir, car il n'a pas uriné, spontanément on retire 900 grammes d'urine.

Depuis le 11 avril, on donne au malade chaque jour trois lavements avec 25 grammes de lactose chacun, mais il ne les garde pas.

14 avril. — Le matin, nouveau sondage, 100 grammes d'urine, Hoquets fréquents. Délire urémique, la vue est couverte et le malade ne distingue plus qu'un brouillard.

Il s'affaiblit beaucoup, il n'a plus de vomissement depuis ce matin 6 heures. Il prend de la glace continuellement : depuis ce matin également, météorisme abdominal. Un peu de diarrhée.

On ordonne :

Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 25

Eau de chaux 60 gr,

Une cuillerée toutes les deux heures. En plus, des lavements de lactose.

Pas de lait.

15 avril. — Il a uriné 1000 grammes. Mort à 9 heures du soir. Nécropsie.

Reins. — Volume et poids normaux.

Néphrite mixte, mais surtout épithéliale.

Cœur. — Induration et sclérose des piliers de la mitrale. Aorte. L'examen des autres organes et du cerveau est négatif.

OBSERVATION XXXV

Obs. Budel (Y) (*Ugeskr for Læger*, 1890, LR. XXI).

K. H..., femme mariée, 41 ans, sans antécédents héréditaires.
Réglée à 13 ans.

A 15 ans, scarlatine assez grave compliquée de diphtérie, qui la force à garder le lit sept semaines.

La malade a eu, dans les premiers temps qui suivirent sa maladie, de l'œdème des extrémités inférieures et une douleur lombaire. Amélioration progressive. Elle se maria à 28 ans, et mit deux enfants au monde.

En novembre 1885, elle commença à souffrir de céphalées et de douleurs lombaires, à avoir de l'œdème aux jambes; elle resta au lit trois semaines, mais sans se rétablir complètement. Les œdèmes persistaient et les symptômes augmentèrent de telle manière qu'elle fut forcée de reprendre le lit en mars 1888. Elle resta couchée jusqu'au 14 août, se leva de nouveau, quoique souffrant continuellement de faiblesse et de céphalée, vomissements fréquents, douleurs lombaires, œdèmes persistants.

Je la visitai pour la première fois le 19 octobre 1888, elle était très pâle et anémiée, elle avait de la bouffissure du front, des yeux et des extrémités inférieures; le cœur et le poumon n'offraient rien de particulier. L'urine avait une réaction acide et contenait 9 pour 100 d'albumine avec un léger dépôt qui, au microscope, contenait au dehors des cellules épithéliales ordinaires des voies urinaires et des leucocytes, un nombre considérable de cy-

lindres, les uns larges, les autres étroits, et parmi ces derniers, il y en avait qui se terminaient en pointe et d'autres tordus. On constatait une structure hyaline et granuleuse, mais pas de réaction amyloïde de la substance. On voyait, au contraire, dans dans quelques cylindres des cellules épithéliales du rein avec noyau et nucléole.

Par le repos, une diète convenable et les médicaments, la malade s'améliore peu à peu, si bien qu'elle put se lever le 4 janvier 1889. La quantité d'albumine tomba à 4 pour 1000. De juin à octobre elle resta à la campagne et s'y améliora d'une manière remarquable, en observant, bien entendu, toutes les règles diététiques et hygiéniques. L'albumine diminua jusqu'à 2 pour 1000, les cylindres furent moins nombreux, les plus larges étant en majorité; pas d'épithélium rénal.

L'embonpoint et les forces revinrent et quoique la malade fût toujours dehors, il n'y avait plus d'œdème. Au commencement de décembre, elle s'enrhuma, eut une rechute, et l'albumine monta à 6 pour 1000. Au bout de cinq jours de repos, elle était tombée à 1,8 pour 1000.

La malade prit l'influenza le 4 janvier, plusieurs de ceux qui habitaient avec elle souffraient aussi de cette affection, qui se caractérisait par des frissons, une fièvre intense, céphalalgie, dépression nerveuse très accusée, symptômes ordinaires du côté des yeux, du nez, du larynx, du pharynx et de la trachée, avec un peu de diarrhée. L'urine, au contraire, n'était pas modifiée, l'albumine restait à 1/8 pour 100; quant aux cylindres urinaires ils n'étaient pas changés.

La défervescence se fit au bout de trois jours, la convalescence traîna en longueur, et la malade souffre encore des suites.

CONCLUSIONS

1° L'albuminurie est très fréquente chez les individus atteints de grippe. Elle est ordinairement, légère et transitoire, par son abondance elle indique une complication rénale sérieuse ;

2° Cette néphrite grippale est, dans la plupart des cas, une néphrite mixte, une néphrite diffuse ;

3° Le diagnostic est facile par l'examen systématique des urines et des symptômes spéciaux : œdème plus ou moins généralisé, bouffissure de la face, coloration foncée ou sanguinolente des urines, la présence des cylindres, cellules épithéliales, etc., et de l'albumine dans les urines ;

4° Les formes cliniques de la néphrite grippale sont :

a) Une glomérulite passagère avec albuminurie transitoire ;

b) Une néphrite aiguë hémorragique sans œdème ;

c) Un mal de Bright aigu avec albuminurie abondante et anasarque ;

5° Le pronostic est dans la plupart des cas bénin ; dans les formes avec albuminurie abondante ou traînante, réserver son pronostic à cause de la possibilité de la persistance de la néphrite et de son passage à l'état subaigu ou chronique ;

6° Le régime lacté constituera son principal traitement, éviter le vésicatoire et l'alimentation dans le cours de la grippe.

Vu par le Président de la thèse,

DIEULAFOY.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

LEYDEN. — Soc. de médecine de Berlin ; séance du 12 février 1890.

— Contribution à l'étude de la grippe. Berliner Klinische Wochenschrift, p. 213, 10 mars 1890.

— Wien. Med. Blatter, 16 janvier 1890.

NOTHNAGEL. — Soc. imp. royale de médecine de Vienne. Séance, 3 janvier 1890.

VILLARD. — Leçons cliniques sur la grippe. Paris. Masson, 1890, p. 19.

VIGNEROT. — Contribution à l'étude des néphrites. Thèse Paris, 1890 (pages 14 et 15).

BOUCHARD. — Des néphrites infectieuses. Revue de Médecine, 1881.

ALISON. — Sur les symptômes et complications de la grippe. Arch. gén. de médecine, 1890 (p. 589).

SYMPSON. — Néphrite aiguë consécutive à la grippe. Lancet, 10 mai 1890.

CHAPPELLE. — Urologie de la grippe. Lyon médical, 1^{er} juin 1890.

POTAIN. — La grippe. Union médicale, 21 décembre 1889.

FIESSINGER. — La grippe infectieuse à Oyonnax (Mémoire).

— Gaz. médicale de Paris, 30 mars 1890 (Obs. II).

— Gaz. médicale de Paris, 1^{er} juin 1890, p. 257.

— La grippe endémique. Semaine méd., 11 février 1893.

DIART. — Sur la néphrite grippale. Revue générale de clinique et de thérap., 1892 (p. 361).

LECORCHÉ et TALAMON. — Un cas d'albuminurie intermittente consécutive à une néphrite grippale. Médecine moderne, 1892.

BOUCHARD. — Rech. bactér. sur la grippe et ses complications dans la Semaine médicale, 1890, p. 35.

CORNIL et CHANTEMESSE. — Sur le microbe de l'influenza. Semaine médicale, 1892, p. 46.

TEISSIER, ROUX et PITTION. — Sur une nouvelle diplobactérie pathogène, retirée du sang et des urines des malades affectés de la grippe. Semaine médicale, 1892, p. 129.

— Nouvelles recherches bact. et expér. relatives à la pathogénie de la grippe. Arch. de méd. expér. et anat. pathol., juillet et sept. 1892.

ARLOING. — Lyon médical, 20 novembre 1892.

DUPONCHEL. — Bulletin de la Soc. médicale des hôpit., n° 2, p. 44, 1890.

LEGENDRE. — Bulletin de la Soc. médicale des hôp., 27 mai 1892.

CHARPENTIER. — De la grippe et des complications. Th. Paris, 1894.

BONNELIÈRE. — Grippe à déterminations multiples. Th. Paris, 1894.

GINGEOT. — Grippe maligne et à déterminations morbides multiples. Journal des Praticiens, p. 85, 1893.

HERVOUET. — Déterminations rénales de l'influenza. Société médicale de Nantes, 1894.

LAMARQUE. — Des complications génito-urinaires de la grippe. Annales des mal. des organes génito-urinaires, 1894.

TEISSIER (T). — La grippe-influenza. Paris, 1893.

TUVACHE. — De la néphrite grippale. Thèse Paris, 1891.

HÖEHLING. — Medical News, 1890, p. 45.

BUDD. — Ugesk for Læger, 1890, 4 R, XXI.

LANCEREAUX. — Leçons de clinique médicale, tome I.

CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de Médecine, vol. V. Art. de Brault sur les néphrites infectieuses.

DEBOVE et ACHARD. — Manuel de Médecine, vol. VI. Art. de Caussade sur les néphrites infectieuses.

